UNIVERSITE DE DIJON
Faculté de Médecine

N° 43

Christian ODDOUX

Interne des Hôpitaux psychiatriques
de la région Rhône-Alpes

L E C R I D U C O E U R

Quelques réflexions sur une consultation de psychologie médicale

---

12 JUIL. 1974

- DIJON 1974 -

Christian ODDOUX

Interne des Hôpitaux psychiatriques
de la région Rhône-Alpes

L E C R I D U C O E U R

Quelques réflexions sur une consultation de psychologie médicale

---

- DIJON 1974 -

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. F. CABANNE : Doyen
M. J.B. BOUHEY : Assesseur
M. A. MARIN : Assesseur
M. R. PUTELAT : Assesseur

M. J. GUYOT : Professeur honoraire
M. F. BARON : Professeur honoraire

Professeurs titulaires

Anatomie et organogénèse : P. BARRY

Anatomie pathologique et carcinologie : F. CABANNE

Biochimie : P. PADIEU

Clinique chirurgicale : H. VIARD

Clinique médicale : P. CORTET

Clinique obstétricale : J. JAHIER

Clinique médicale infantile : M. ALISON

Clinique neuropsychiatrique : J. BALLIVET

Histologie, Embryologie cytogénétique : G. RUCART

Médecine légale et toxicologie : A. MARIN

Pathologie chirurgicale : C. FERRY

Pathologie médicale : R. PUTELAT

Physiologie : J. KLEPPING

Biophysique : P. GAILLARD

Sémiologie médicale : J. B. BOUHEY

Professeurs sans chaire

Anatomie pathologique : R. MICHIELS

Biochimie : J. DEDREUX

Hépatologie, Gastro-entérologie : Cl. KLEPPING

Médecine préventive et Santé publique, Hygiène : M. CARON

Maladies infectieuses : F. DESTAING

Parasitologie : Mme Y. ROUGET

Professeur chargé de cours à titre permanent

Bactériologie, Virologie : P. PICHAT

Maîtres de Conférences agrégés

Anatomie & Organogénèse : J. M. AUTISSIER

Anesthésiologie : B. CAILLARD

Carcinologie : J. GUERRIN

Chirurgie générale : P. AUPECLE

S. BRIET

N...

Gynécologie & Obstétrique : J. SALASC

J. P. FELDMAN

Hématologie et Maladies du sang : A. DUZER

Médecine & chirurgie expérimentale et comparées, Immunologie : F. MARTIN

Médecine interne : M. GAUDET

P. LOUIS

G. RIFLE

Néphrologie : N...

Neurochirurgie : A. THIERRY

Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstruction : N...

Pédiatrie & génétique médicale : J. L. NIVELON

Pharmacologie : A. ESCOUSSE

Physiologie : J. P. DIDIER

Pneumologie, Phtisiologie : L. JEANNIN

Radiologie, radiodiagnostic : J. P. MABILLE

M. WEILLER

Radiologie, radiothérapie : J. Cl. HORIOT

Neuro-Radiologie : D. BINNERT

Professeur associé

Biochimie : W. MOMMAERTZ

Agrégés libres

Dermatologie, Vénéréologie : J. L. CHAPUIS

Ophtalmologie : P. G. MOREAU

Urologie : R. GAYET

NOTE A INSERER APRES LA LISTE DU PERSONNEL DE LA FACULTE

La Faculté de Médecine de Dijon déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

INDIQUER ENSUITE LA COMPOSITION DE VOTRE JURY

JURY DE LA THESE

Président : Monsieur le Professeur MARIN

Membres : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT
Monsieur le Professeur F. DESTAING
Monsieur le Professeur L. JEANNIN
Monsieur le Docteur P. GALLOIS

A BRIGITTE

A VIRGINIE

A KARINA

A MON PERE

La reconnaissance

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A ROLLAND

A GAELLE

A UN AMI

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MARIN

Nous avions su apprécier sa valeur au cours d'un semestre passé dans son service. Il a bien voulu présider notre jury, qu'il en soit remercié et qu'il soit assuré de notre plus profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOTAT

En tant que créateur de la consultation de psychologie médicale à l'Hôpital de Lyon, c'est donc à lui qu'est due la possibilité d'un tel travail. Il a bien voulu se déplacer pour le juger, qu'il en soit remercié et qu'il soit assuré de notre plus grand respect, de notre plus profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. DESTAING

Nous avons su apprécier à la Faculté la qualité de son enseignement. Nous savons quelle valeur peut prendre sa présence en rang de nos juges de par la note de réalité et de clarté qu'il apporte toujours dans un exposé. Qu'il soit assuré de toute notre gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. JEANNIN

Nous avons su apprécier durant un semestre sa compétence et son esprit didactique. Nous lui sommes redevables de l'essentiel d'une formation clinique. Qu'il soit assuré de notre plus profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLOIS P.

Une importante partie du travail exposé repose sur une étude clinique soutenue dans le cadre de l'hôpital de Macon. Nous savons que la qualité de cette institution est son oeuvre. Nous avons su apprécier sa compétence et son intérêt pour la relation médecin malade. Il a bien voulu juger ce travail. Nous espérons que celui-ci ne le décevra pas. Puisse-t-il être une relance à la psychologie médicale maconnaise.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FROMENT

Ce travail a débuté au sein de son service. Qu'il en soit remercié sincèrement.

MONSIEUR LE DOCTEUR C. MARITAN

L'idée de départ nous est commune. Nous avons su apprécier depuis deux ans toute la ponctuation qu'il a toujours su apporter aux études que nous avons menées sous sa direction. Qu'il soit assuré de toute notre amitié.

MADAME LE DOCTEUR G. SASSOLAS

Connaissant particulièrement les problèmes de psychologie médicale en cardiologie, elle semble avoir été la tutrice de cette étude. Nous espérons qu'elle n'en sera pas déçue, et qu'elle nous jugera dans le ton de sa féminité habituelle. Qu'elle soit assurée de notre plus grand respect, de notre reconnaissance, de notre amitié.

A MADAME LE DOCTEUR G. RAIMBAULT

Nous avons su apprécier l'aide qu'elle a bien voulu nous apporter. Qu'elle en soit remerciée. Qu'elle soit assurée de notre plus profond respect et de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

Monsieur le Professeur C. FERRY
Monsieur le Professeur J. BALLIVET
Monsieur le Professeur A. MARIN
Monsieur le Professeur F. BARON
Monsieur le Professeur J. LEVEQUE
Monsieur le Professeur M. ALISON
Monsieur le Professeur L. JEANNIN

INTERNAT

HOPITAL DE MACON

Monsieur le Docteur P. GALLOIS
Monsieur le Docteur M. FALCONNET
Monsieur le Docteur G. PLAUCHU
Monsieur le Docteur A. DHERS
Monsieur le Docteur A. LAPRAS
Monsieur le Docteur C. GABRIELLE

HOPITAL DE BOURG-EN-BRESSE

Monsieur le Docteur A. ROULLET
Monsieur le Docteur J. CARRY
Monsieur le Docteur C. BANGE

P L A N D U T R A V A I L

I - La notion de symptôme

1) Définition
2) Lieu géométrique du symptôme
3) La psychosomatique au bout du sens de l'inversion
4) Psychosomatique : un corps à corps

II - Présentations cliniques

1) Les observations
2) La collecte des signifiants

III - Le miroir : spéculaire non spéculaire

1) Le registre du spéculaire
2) Le registre du non spéculaire

IV - L'aboutissant

1) Situation du travail
2) G. Raimbault et son expérience à l'hôpital Necker (Paris)
3) L'injection de sens

V - Conclusion

. Versant du sens/versant du signe
. Spéculaire/non spéculaire
. Le Psycho/Somaticien, un désir, une situation à redresser.

La réalité n'est pas encore construite parceque les organes vrais du corps humain ne sont pas encore composés et placés.

A. ARTAUD (2)

I - LA NOTION DE SYMPTOME

1) Du grec sun, avec, et piptein tomber, arriver ; le symptôme est devenu un terme médical désignant toute modification dans la constitution matérielle d'un organe ou dans les fonctions organiques, qui se trouvent liées à la présence d'une maladie. Et "c'est par l'ensemble et la succession des symptômes que la maladie se révèle, mais il faut une opération intellectuelle du médecin pour transformer les symptômes en signes". (17)

Au figuratif symptôme comme signe se dit d'un indice révélateur d'une situation matérielle ou d'un état d'esprit, voire même d'un présage.

Nous voyons déjà dans la définition classique du mot que celui-ci devient plus ou moins synonyme de signe d'un processus pathologique. Nous retrouvons dès lors la notion de "modification inhabituelle d'(une) fonction ou apparition d'un nouveau type de fonctionnement".

2) Le lieu géométrique du symptôme

a - La valeur ethno-économique du symptôme pourrait rapidement être envisagée à partir de l'exemple rapporté par DEVEREUX (4) concernant ses réflexions ethnopsychanalytiques sur la fatigue : "Etant donné que le travail de la femme est assez soutenu tant chez les Sedang que chez certaines tribus des Philippines, son sommeil est si lourd que parfois elle ne se donne même pas la peine de se réveiller entièrement lorsque son mari la pénètre. Si pendant l'absence du mari un homme profite de cette habitude, elle peut prétendre qu'engourdie par le sommeil, elle ne s'était pas rendu compte que l'homme n'était pas son mari... alibi parfait pour un plaisir défendu". Mais posant déjà par là le symptôme comme quelque chose qui se fait "à l'insu de" évoquant la "surprise" et peut être "le pris sur" (le fait par exemple).

Cet exemple "d'outre-mer" n'est pas sans rappeler le problème du vaginisme souvent rencontré en pathologie dite psychosomatique, dans les milieux gynécologiques ou autres.

b - D'ailleurs en suivant l'idée reprise par LAPLANTINE ce serait l'impossibilité pour un individu de vivre en accord avec sa société qui le conduirait à la fuite dans l'élaboration de symptômes. Nous croisons là, le problème de l'anormalité sociologique relative par rapport à la culture, phénomène humain universel. Ainsi "derrière l'exotisme apparent du latah", du "koro" et du "witiko" se dissimulent des manifestations de ce que nous appelons respectivement échopraxie, angoisse de castration et psychose cannibalique".

Le chaman africain est sensé guérir, en fait il stabilise les symptômes du client dans un rituel névrotique conforme aux exigences du groupe. Et nous pourrions là reprendre deux points :

- L'un à DEVEREUX (4) : "En avril 1945 la tâche du psychiatre allemand était accomplie le jour où son patient adhérait au parti nazi ; en mai 1945 elle s'achevait le jour où son patient s'engageait dans le parti chrétien démocrate (s'il vivait à Francfort sur le Main) ou dans le parti communiste (s'il vivait à Francfort sur l'Oder)".

- Et si LAPLANTINE (16), lui, va jusqu'à dire que soigner un malade en France, c'est faire en sorte qu'il supporte les cadences du travail à la chaine, nous amènerions, nous, ici, selon la thèse de MARITAN l'idée du sens de la mort ou de l'impuissance, ("Vivre sa mort de tous les jours") que le patient aborde tôt ou tard. Impuissance que nous soulignerons au passage à l'aide d'"impui-sens".

Nous rappellerons là, concernant le lieu du symptôme avec la logique contraignante de l'aire culturelle, la pensée de F. PERRIER (24) concernant le déplacement métaculturel du symptôme hystérique : "Sans doute l'hystérie évolue avec son temps, c'est-à-dire qu'elle s'institue dans un certain espace de savoir ; il peut s'agir tout bonnement d'une géographie de communications : telle famille attardée dans l'anachronisme culturel d'un village perdu produira encore des malades de type CHARCOT et des cas de conversion pour les musées de la nosologie, alors que les filles de l'intelligentzia parisienne démontreront avec brio les derniers progrès de la caractérologie hystérique à travers les anecdotes libertaires d'une hyperactivité sexuelle". A chaque pays et à chaque époque son langage.

c - Si nous insistons sur le trait d'union entre sorcier-psychiatre, psychanalyste-chaman vaudou (double relation de deux inconscients en miroir qui se renvoient leurs propres désirs, au sein de laquelle se forme peu à peu l'union du soignant et du soigné, engendrant la progression vers la "normalité" en se familiarisant avec "l'anormalité", nous voulons parler ici de l'implication affective totale nécessaire, transférentielle et contre transférentielle dans la "réunion" analytique).

C'est pour mieux situer le travail suivant : à savoir, que, à partir de réflexions sur une consultation de psychosomatique (principalement coronarien et valvulopathies) ; donc dans le cadre d'un hôpital cardiologique nous nous posions le problème de la valeur du langage ou plutôt de la verbalisation du symptôme, ou encore du déplacement de la verbalisation du symptôme, voire même du déplacement de cette dernière de par la vie du malade au sein de l'équipe hospitalière.

3) Direction : la psychosomatique au bout du sens de l'inversion.

a - En considérant dans leur <u>contexte historique</u> les différentes tendances :

- Nous citerons tout d'abord les théories "corticoviscérales" dérivées des expériences de PAVLOV ou suprématie du cortex sur un système de réflexes intéroceptifs et des relations viscéroscérales expliquant l'organisme en son entier, la maladie ne pouvant plus être prise que sous la forme d'un trouble isolé.

- CANNON, lui, met en place les réactions générales accompagnant les émotions et avec DUMBAR la notion d'homéostasie du corps.

- Les recherches de SELYE (troisième des grands physiologistes que nous considérerons) avec le schéma "réaction d'alarme, phase de résistance, phase d'épuisement" ne représentent pas la fin de l'ère psychophysiologique, de tels mécanismes laissant certains auteurs actuellement pleins d'espoir.

- Les caractérologues, et nous citerons ADLER, nous parlent eux, des profils de personnalité, travail aboutissant à celui de prévention.

- Et si certains auteurs ont plus tard insisté sur le trait d'union (finalement fantasmé par d'autres) entre psycho et somatique (psycho-somatique) c'est quand même ALEXANDER (1) qui mit le premier index sur ce qui serait de la barre entre signifiant et signifié, barre entre conscient et inconscient et c'est par là que nous en arrivons aux conceptions analytiques concernant le champ psychosomatique et le symptôme.

- Bien qu'il soit toujours intéressant de rapporter les données kleiniennes (14) à la notion de corps et donc de symptôme,

nous insisterons donc d'avantage sur les données freudiennes (8) :

Où le symptôme serait le signe et le substitut d'une satisfaction pulsionnelle qui n'a pas eu lieu, résultat du processus de refoulement, ce dernier étant à l'origine du maintien de la représentation hors de la conscience. C'est "un corps étranger entretenant continuellement des phénomènes d'excitation et de réaction dans le tissu où il s'est implanté". C'est par le biais de la névrose hystérique qu'est abordé alors la notion de symptôme et nous aboutissons là à la mise en place de la CONVERSION. L'énergie libidinale refoulée pouvant être considérée en termes d'économie ; convertie. Nous entrevoyons déjà ici un certain renvoi par le symptôme à un autre langage. Cas de l'hystérique par exemple qui se fait représenter par son symptôme ; c'est dans son corps, machine à fabriquer des symptômes et non machine à jouir, qu'elle n'arrive pas à être.

C'est assèz dans la même direction que celle de GARMA (11), que VALABREGA (28, 29) insistera sur le sens du symptôme pour en aboutir à une théorie analytique du corps. Partant de l'acceptation vectorielle de signification et de sens, et de l'étude des transformations combinatoires, il tend à reconnaître le rôle prédominant du mé-

canisme de l'inversion : "Dans les destinées pulsionnelles et symptomatiques les plus diverses, il faut que soit intervenu quelque part un refoulant et un refoulé pour qu'un rapport donné se métamorphose, à un certain moment en ce même rapport transformé et notamment inversé. De la configuration initiale première, la résultante allomorphe constitue alors le modèle prototypique du retour".

C'est à ces données de J. P. VALABREGA que nous reviendrons après avoir cité comme il se doit en psychosomatique les conceptions de l'école psychanalytique de PARIS (nous voulons d'ailleurs parler ici plus du groupe M. FAIN, P. MARTY, M. DE M'UZAN, C. DAVID) (5, 6, 7, 19, 20, 23) et nous retiendrons à leurs propos certaines phrases telles que :

- "Le symptôme psychosomatique est bête"

- "L'inconscient apparaît ici cadenassé, isolé, farouche".

A ce moment donc, pour ces auteurs les malades psychosomatiques ne fantasment pas, leur pensée est purement opératoire. Ces dernières conceptions semblent cependant avoir été remises en question par leurs auteurs eux-même et n'auraient donc plus qu'une valeur historique.

b - Bien au contraire, nous insisterons maintenant sur le problème du <u>phantasme</u> dans ses rapports avec le corps, le mythe pour en aboutir peut-être à la notion d'un phantasme psychosomatique où le symptôme transparaît entre les lignes.

4) Psychosomatique : un corps à corps.

a - J. P. VALABREGA (29) nous rappelle que l'observateur "réel ou non" est dans un premier temps fixé par ce qu'il lui semble être un "émergent" qui va être conceptualisé en termes relationnels et doté du statut de symptôme.

Le corps n'étant pas un concept analytique en soi, l'auteur nous indique un chemin d'approche : l'introduction du concept de phantasme connu pour "jeter un pont", "établir un double circuit" en la formule vectorielle

corps $\Longleftrightarrow$ phantasme

Se souvenant du concept de "trieb", pulsion comme limite entre le psychique et le somatique, GAUTHERET nous rappelle par ailleurs que "le moi des pulsions du moi devient le moi de la libido du moi, objet de la pulsion sexuelle ou métaphore du corps".(10)

b - Offrant son corps comme énigme, l'hystérique fait entrer le corps dans la psychanalyse et comme on hallucine un désir (assignant par là à l'objet du désir un statut qui est celui du phantasme), "l'hystérie est le modèle pour l'appréhension de l'objet corps en tant que phantasme" (VALABREGA 29). Ainsi par l'hystérie princeps apparition de trois dramatis personae : phantasme - psychanalyse - corps ; le mythe partout en filigranne.

c - Il y a donc l'évidence du symptôme surtout s'il est "dans" le corps. Signe corporel gravé pour être vu, pour être lu, mais masquant sa cause, son origine, la vérité. Nous rejo indrions vite par là, la notion de discours concret transindividuel du sujet. Rappelons nous, le symptôme dit quelque chose mais pas tout : il est un compromis. Il y a nécessité d'une traduction, d'une version - version de la conversion : "prendre le sens inversé des aiguilles du montre". (VALABREGA 29)

Nous croisons ici la notion d'investissement pris dans le sens d'une charge qui se fixe sur un point, considérant l'énergie pulsionnelle avec son caractère quantifiable, son dualisme essentiel. Et l'on peut bien admettre qu'à un moment donné, il y ait le problème : sur quoi ça va se fixer ? -hésitation entre l'objet et le corps propre mais aussi problème de l'investissement de mots et de choses et nous abordons ici la question de la symbolisation et du langage. La représentation de mot serait un surinvestissement de la représentation de chose. Le degré zéro serait la notion d'énergie liable, et donc, choix d'investissement de mot ou de chose pour réduire à nouveau

à zéro la variation de tension : $\frac{\text{tension}}{\text{tension totale}}$

selon le principe plaisir-déplaisir. Nous abordons là le domaine de la métaphore, par exemple, qui n'est que le synonyme du déplacement symbolique mis en jeu dans le symptôme.

d - Pour ce qui est du phantasme, nous en retiendrons selon J. P. VALABREGA (31), qu'il faudrait s'occuper à une théorie anthropologique du phantasme qui ne scinde plus mythe de phantasme. L'auteur nous signalant qu'il n'y a pas plus à opposer individuel-collectif, phantasme-réalité, qu'opposer conscient-inconscient et c'est se servant du "structural" qu'il avance la loi du retournement, loi intrinsèque commandant les rapports entre phantasme et mythe.

"C'est au carrefour du retournement, ou mieux d'un double retournement, s'opérant du phantasme au mythe et du mythe au phantasme, que prende place l'opération de la nomination, c'est-à-dire l'avènement du symbole".

e - Nous avons déjà considéré les idées des auteurs parisiens concernant la vie mentale du malade psychosomatique : "Un inconscient qui apparaît cadenassé, isolé, farouche". "Portrait robot", "le malade psychosomatique est au moins partiellement un Tantale ayant soif et faim de représentations. Il s'épuise pour ne pas le sentir et aussi parcequ'il ne peut pas faire autrement". On en aboutit à la notion de "structure psychosomatique". (FAIN, MARTY, DE M'UZAN, DAVID : 5, 6, 7, 19, 20, 23)

- Quoiqu'il en soit les malades dont nous parlerons s'ils n'ont des phantasmes, expriment incontestablement des désirs refoulés autant par un retour sous la forme d'actes manqués, lapsus, etc... que surtout sous la forme de symptômes et ce qui nous intéressera ici est moins la qualité contretransférentielle dont nous parle MARITAN que la réalisation du symptôme, son écriture, sa diffusion, sa verbalisation, l'acting out mis en jeu par la langue, le symptème. Se dégageraient là déjà deux temps, celui du symptôme et celui du symptème.

- La seconde même prouve encore une fois qu'il n'y a pas de connaissance sans symbolisation, pas de communication possible entre sensible et intelligible qui ne passe nécessairement par le pont de symbole. Et la symbolisation est immanente et coextensive à tout usage d'un langage quelqu'il soit et donc au symptôme qui est langage du corps. Ainsi le symptôme conversionnel ou non, apparaît (de par la position centrale du langage) intelligible par l'adoption d'un modèle linguistique (autant de la part de l'émetteur-récepteur que de l'écouteur) ou d'une demande apparente. Le but devenant en quelque sorte la recherche de mise à jour d'une phrase préalablement inapparente dans le donné. "Processus phraséologique transcendant l'ordre généralement dénommé symptomatologique et concernant le domaine entier du connaissable". (phraséologie manifeste du rêve, phrase rendant compte du phantasme, exposé du symptôme). (VALABREGA 29).

- Le symptôme, signifiant d'une parole prisonnière du corps, langage métaphorique est comme mise en scène du désir où ici la notion de prendre la partie pour le tout rapporte celle de métonymie. Le symptôme est un langage dont la parole (parole vraie, pleine), reste au signifié

$$\frac{\text{symptôme} \quad \text{langage} \quad \text{métaphore} \quad \text{signifiant}}{\text{vérité} \quad \text{parole} \quad \text{vraie} \quad \text{inconscient} \quad \text{histoire signifiée}}$$

ceci pouvant rendre compte de sa disparition par l'acting out laissant passer le signifié au dessus de la barre. Ce qui est particulièrement bien mis en évidence dans les études sur l'hystérie de FREUD : particulier investissement du carrefour aéropharingé par ANNA O., comme si FREUD avait déjà voulu montrer l'investissement, l'érotisation de la communication verbale, de cette verbalisation de toujours et à jamais liée au support organique du goût (langage - langue). Le langage se nomme lui-même par une métonymie ou synecdoque organique ou corporelle.

Nous nous intéresserons pour notre part plus ici au langage : fait de parler réalisant alors une véritable synecdoque de l'acte. C'est-à-dire comme le signifie J. P. VALABREGA du "corps en acte ou d'un acte corporel" (29) et plus loin (29) :

"Langage et corps apparaissent bien originalement unis par un lien symbolique indissoluble... la parole se traduit en acte et l'acte en parole".

Acting out ; concept de traduction (intersémiotique et intralinguale) ; de version.

f - Traduction d'un langage envisagé dans son complexe structural, allant de la mère aux services hospitaliers, mise en acte aux divers étages ce qui permet d'ailleurs d'envisager ici le problème du "phantasme psychosomatique comme enjeu de la relation interiste psychologue". (MARITAN et SASSOLAS 22) Nous évoquerons à ce sujet le souvenir d'une patiente qui avait établi un véritable "circuit hospitalier" présentant différentes questions aux différents services, étapes du circuit.

Traduction qui confère un sens ou "version" par intégration d'un système linguistique.

Si l'on envisage (ce qui est en fait notre affaire) le symptôme ou opération de symbolisation (constituant un système symbolique au même titre qu'un système linguistique) nous pouvons admettre que celui-ci émane d'un sens

sens, symbole, traduction

"La traduction est un processus qui a une origine, une destination et un aboutissant ; c'est une opération orientée, un mouvement vers..... en fait le principe fondamental est celui de la reversibilité... en d'autres mots la traduction, dans son extension et sa compréhension vraiment exhaustives, c'est à la fois la version et le thème... il y a tout lieu de maintenir le double sens du mot sens : celui de signification et celui de direction... sens du sens". (VALABREGA 29)

Enfin référence à JACOBSON (12) :

"Il y a encore des gens pour dire que les questions de sens n'ont pas de sens pour eux mais quand ils disent "pas de sens" de deux choses l'une : ou bien ils savent ce qu'ils veulent dire et par le fait même la ques-

tion du sens prend un sens ou bien ils ne le savent pas et alors leur formule n'a plus de sens du tout".

Nous reviendrons cependant là sur la notion de traduction, de sens, ou plutôt sur celle d'intraduisibilité du symptôme psychosomatique - traduisibilité du système symbolique hystérique développée par certains auteurs. Et à ce sujet, nous nous arrêterons sur ce que F. PERRIER, LECLAIRE et ROSOLATO disent du "déterminisme psychosomatique ou sens du symptôme" (18) :

Non seulement :

"On peut opposer symptôme hystérique comme question somatisée au trouble psychosomatique comme réponse somatique".

MAIS SURTOUT :

> "Du moment où le psychosomaticien.... intérroge un patient il tend d'emblée à répondre, pour le sujet malade à la question que celui-ci ne pose pas".

"Dans sa recherche anamnestique pour résoudre le problème du choix de l'organe et du mode de réponse somatique, il se voit contraint de se referer lui-même à une théorie plus ou moins articulée de la symbolique corporelle. Il donne ainsi de l'extérieur un sens à ce qui pour le sujet n'en a pas encore. Dès lors, on peut dire que les conditions opératoires de l'étude du symptôme psychosomatique sont telles qu'elles créent de toutes façons de par les présupposés du médecin une situation psychosomatique... l'est pour toujours et le devient rétroactivement depuis toujours". (S. LECLAIRE, F. PERRIER, G. ROSOLATO 18).

"C'est ainsi que le dialogue rapproche au moins secondairement le symptôme psychosomatique du symptôme de conversion hystérique". (18)

Ces auteurs en arrivent :

- A partir de l'hypothèse qui consisterait à situer dans le monde des premières gestalts relationnelles signifiantes qui humanisent le corps de l'enfant (et qui correspondent aux stades libidinaux freudiens) des moments de non structuration qui laisseraient des appareils fonctionnels exclus d'un niveau de symbolisation lors de la rencontre du signifiant et de l'organique.

- A la notion que le symptôme psychosomatique serait alors plus proche de la psychose que de la névrose ; et expliqueraient par là que "la seule instauration d'un dialogue oriente en réintroduisant le trouble physique dans le concert des phénomènes chargés de sens levant les conséquences d'un hyatus d'une coupure, rétablissant l'articulation et l'accord entre le subjectif et l'organique". (LECLAIRE, PERRIER, ROSOLATO 18).

"Le symptôme hystérique :

Rencontre du signifiant avec la chose corporelle en tant que phallique

Le symptôme psychosomatique :

Rencontre du signifiant avec la chose corporelle en tant que contenant, en tant que vide" (18).

Le malade psychosomatique apparaissant comme celui "qui en dehors de toute fuite névrotique assume ses désirs selon le statut de son image du corps sexuée mais qui n'expérimente ses désirs que comme négation et compensation des besoins de son organisme". (18)

"Ainsi le malade psychosomatique n'est pas celui qui ne vit ses désirs que comme compensation d'un manque qui n'a pris son sens de désir et son statut et qui a été ainsi retranché des questions symbolisables

S'il s'avère exact que c'est le corps en tant que contenant que vase, que chose, (référence au vide du sexe féminin) qui est affecté dans un de ses segments de

par son engagement dans le réseau des significations qui le concernent, on conçoit que la parole de l'autre selon qu'elle est frustrante ou gratifiante, acceptable ou méconnue puisse ainsi guérir ou aggraver" (18).

Nous rapprocherons ici la conception de J. P. VALABREGA concernant le concept de "conversion psychosomatique", puisque nous sommes partis de concepts qui lui sont propres et que nous lui devons donc en quelque sorte une "réflexion" (29).

"Conversion psychosomatique" dit-il, puisque la clinique l'amène à la conviction que la conversion hystérique est bien un processus psychosomatique. Cependant, de façon assèz proche de ce qu'en dit LECLAIRE, il en arrive à avancer "qu'à un moment de l'analyse le symptôme devient hystérisable" c'est-à-dire "que nous avons réussi à lui faire livrer son sens, et que nous continuons à penser "signification" par référence à la névrose hystérique et partant de la symptomatologie conversionnelle, au sens psychosomatique du mot, il rappelle que FREUD, quand il dit que ses patients se comportaient "comme si l'anatomie n'existait pas" lui indique la voie : "Dans la symptômatologie conversionnelle (y compris psychosomatique) le patient se comporte somatiquement selon une anatomie et une physiologie phantasmatique". Mais nous y reviendrons à la suite de nos exemples cliniques. La conversion impliquant un sens, il explique enfin que c'est pour tenter de répondre à la question : "peut-on vraiment dire que les symptômes n'aient pas de sens", qu'il choisit le concept de conversion psychosomatique.

Les exemples cliniques qu'il amène alors renvoyent finalement à l'idée déjà exprimée : problème du phantasme avec contenus de l'intérieur du corps, problème régulièrement retrouvé à la base de la conversion psychosomatique (le corps est un contenant, une cavité, un vase). Il avancera même plus loin qu'il croit pouvoir dire qu'un thème hyponchondriaque fait régulièrement partie de la structure de la conversion psychosomatique.

En conclusion de ce chapitre et pour revenir peut-être en arrière, sous prétexte de se résumer, nous proposerons que notre chemin fut celui peut-être qui va

du sens au signe. A ce sujet, nous rappellerons LACAN (14) :

"Il y a deux versants que livre la structure, soit le langage. Le versant du sens, celui dont on croirait que c'est celui de l'analyse... L'inconscient, structuré comme un langage, nous rappelle qu'au versant du sens... L'étude du langage oppose le versant du signe.

Comment même le symptôme, ce qu'on appelle tel dans l'analyse n'a-t-il pas là tracé la voie ? Cela jusqu'à FREUD qu'il a fallu pour que docile à l'hystérique il en vienne à lire les rêves, les lapsus, voire les mots d'esprit, comme on déchiffre un message chiffré".

Nous évoquerons ici en préambule à nos observations cliniques :

Que sens nous fait penser :

. à une démarche qui serait résumée par interpréter, comprendre, désir de soigner, désir du médecin

. aux phrases de LECLAIRE citées plus haut au sujet du sens du symptôme pshychosomatique.

Que signe renvérait au concept lacanien de LALANGUE (Lalangue est la condition du sens) à l'idée d'un chemin à suivre indiqué par un signe et par là surtout au travail emmanquablement analytique (réseau des signifiants) qu'il serait imbu de dire avoir été le nôtre

versent du signe rébus versent du travail analytique

Cependant puisque nous avons été au moins Ecoutant de par le jeu du rôle dans lequel nous nous trouvions (cf. le phantasme psychosomatique de MARITAN et de SASSOLAS), nous essayerons maintenant, de par les observations cliniques que nous pouvons rapporter comme support à ce travail, d'en arriver à une collecte de signifiants.

Il nous apparaissaît en effet dans un premier temps intéressant de relever un certain nombre de signifiants, en tant que particulièrement investis par les malades et surtout à plusieurs reprises retrouvés dans les différentes observations.

Aussi comme deuxième acte de cette étude, nous présentons certaines observations, qui constituaient la base de notre matériel "clinique" : il s'agit de malades qui faisaient le gros de la consultation de psychosomatique dans l'hôpital cardiologique, où a pris forme l'idée d'effectuer le travail qui est le nôtre.

C'est après la présentation de ces entretiens que nous essaierons de les regrouper pour faciliter la collecte des signifiants qui nous apparaissaient s'y répéter suffisemment pour être pointés.

II - PRESENTATIONS CLINIQUES

A - LES OBSERVATIONS

Nous présenterons donc dès lors une série d'observations, qui dans un premier temps seront classées selon des critères purement sémiologiques. Dans un deuxième temps, nous les reprendrons, classées selon des critères qui frôlent sans arrêt la notion de fantasme. Fantasmes issus de la rencontre que met sur scène "l'entretien".

Nous pourrions immédiatement aborder le problème d'un certain sens apparaissant avant même qu'il y ait rencontre. Nous voulons parler ici de ce qui appartient à l'ordre du diagnostic posé par les médecins depuis plus ou moins de temps. C'est à cet ordre que nous rapporterions le besoin de classer selon des critères sémiologiques, le patient vivant déjà avec un certain diagnostic (souffle, infarctus) parfois même avec un certain verdict plus ou moins clairement exprimé, enfin avec un symptôme, un symptème.

Le deuxième temps de l'étude clinique, nous le rapporterons donc encore plus à ce qui serait d'une "injection de sens" proprement dite, partant des résonnances fantasmatiques que ces malades, que ces maladies ont fait naître en nous.

Qu'on le veuille ou non, les questions, les relances allaient dans un certain sens.

Le projet comportait l'étude d'entretiens avec des malades présentant des troubles cardiaques divers, et qui avaient été pour ceux-ci adressés dans une institution hospitalière les prenant en charge. Nous présenterons la retranscription à peu près intégrale des discours tenus par les patients et l'interlocuteur, ce dernier prenant le texte en note avec la permission du patient...

Nous insisterons aussi, immédiatement, sur ce qui n'apparaîtra pas dans cette présentation clinique, peut-être parce que pas pris en note par l'interlocuteur, et comme pour nous disculper nous poserons là le problème de la Vérité impossible à atteindre, mais peut-être aussi parce que "patient non rencontré" du fait d'une sélection emmanant non seulement de notre part (travail projeté) mais aussi de la part des médecins dirigeant les diverses Institutions dans lesquelles nous avons travaillé. Nous évoquerions là la fameuse question : "Y-a-t-il un malade pour nous ?".

VALVULOPATHIES
-:-:-:-:-:-:-:-:-

a - OBSERVATION N° 1 : Madame SEG. Joséphine

Il s'agit d'une malade de 43 ans domiciliée dans l'Isère, hospitalisée pour la première fois dans le Service du Professeur FROMENT. Elle est adressée par le Médecin Chef de l'Hôpital de Villon (Institution psychiatrique).

L'intérrogeant sur ses antécédents, nous obtenons comme réponse :

- "Je n'ai plus que mon papa" ; il est retraité et en bonne santé. "Ma maman est morte il y a 12 ans d'une attaque".

Elle est mariée depuis 17 ans et a eu 6 enfants dont seulement 3 sont en vie. Son mari est Chef cantonnier.

- A l'âge de 20 ans, au décours d'un "rhumatisme chronique", découverte d'un petit souffle au coeur qui "apparaîssait et disparaîssait". ("Il est apparu 4 ans après notre mariage"). "C'est le Professeur OLIVIER de Montpelier qui l'a découvert".

Lui demandant alors des précisions sur ce qu'elle entendait par "souffle" elle précise aussitôt : "Quand je monte les escaliers, je suis essoufflée".

- Question : Souffle au coeur ?

- Réponse : "Quand OLIVIER l'a trouvé, je suis restée un mois couchée ; puis avec les médicaments, je m'en suis plus ressentie, alors j'ai pensé que c'était pas inquiétant, pas grave, et je n'y pensais jamais".

La malade précise alors qu'elle est hospitalisée depuis 2 mois dans un hôpital psychiatrique pour une dépression nerveuse.

. "J'ai fait une dépression tous les 2 ans".

. "Ca a toujours été à la suite des mes accouchements, la dernière, c'était 9 mois après mon accouchement. Dans ces coups de temps là, je vois tout en noir, tout me fait peur et je me fais du souci pour le bébé".

. "Pendant ma dernière hospitalisation, j'ai eu des palpitations, le pouls était très rapide, comme une montre qui marche... J'ai eu une angine et un rhumatisme, les médecins de là-bàs, ils ont eu peur que çà déclenche quelque chose au coeur, ils ont dit "Vous êtes jeune, et çà pourrait s'aggraver". Ils m'ont fait un électrocardiogramme et ont dit qu'il n'y avait rien, mais ils m'ont certainement caché quelque chose puisqu'ils me renvoient ici. Le soir, j'ai pleuré, je me figurais que c'était grave.

. "Il me tarde de savoir et de rentrer chez moi, donc que les examens soient tous faits".

- Question : "Le coeur ?"

- Réponse : "C'est le principal, on s'imagine que c'est plus grave que c'est les palpitations, çà donne de l'inquiétude, c'est comme quand je me faisais du mauvais sang pour mon petit".

- Question : "Mauvais sang ?" "Le sang ?"

- Réponse : "Cà veut dire tout, c'est généralisé, c'est grave, c'est pas comme si c'était pas grave. Cà va avec les maladies du coeur, et les palpitations, çà me fait comme si je vais étouffer".

- Question : "Les maladies du coeur ?".

- Réponse : "Le coeur quoi ! et le coeur, çà me fait penser à une forme de coeur, avec des vaisseaux qui y circulent dedans. Son rôle, c'est tout." (pendant ce temps-là la patiente dessine effectivement sur un illustré un coeur identique au coeur des cartes à jouer).

b - OBSERVATION N° 2 : Madame Veuve TAL.

Elle a 75 ans. Vue dans le Service du Docteur FALCONNET, Hôpital de Mâcon. Le diagnostic posé par M. le Docteur GALLOIS était le suivant : "Hypertension pulmonaire

ancienne, souffle d'insuffisance pulmonaire sequellaire. Communication inter auriculaire ayant été à l'origine de cette hypertension pulmonaire. Episode d'insuffisance ventriculaire droite aigüe".

- Question : "Pourriez-vous me raconter un peu votre histoire ?".

- Réponse : "Cà a commencé par une grippe, j'étais très essoufflée, avec les jambes gonflées et j'étais toute enflée, je pouvais pas respirer, çà venait de l'odème" (nous ne savons pas s'il faut écrire odème ou eau-dème) "les bronches étaient pleines d'eau, le Dr m'a passée à la scopie et m'a dit -Vous ne pouvez pas rester seule chez vous-. Il m'avait déjà dit que j'avais quelque chose au coeur ; à chaque fois que j'allais le voir, il disait que j'avais un souffle au coeur, mais que c'était insignifiant. Mais moi, çà m'inquiétait, je me disais : peut-être un jour, tu vas bien tomber dans les pommes, tu vas prendre un malaise. Le matin, j'étais toute élourdie, j'avais l'appréhension que j'allais tomber. Je m'arrêtais dans la rue souvent, et j'avais de la peine à monter jusqu'à mon 3e, j'étais essoufflée, çà venait du coeur. J'aurais jamais pensé que çà venait des poumons. Je limitais mes efforts et je ne descendais qu'une seule fois par jour, j'étais sans force j'avais plus goût à rien".

- Question : "Un souffle ?"

- Réponse : "Oh ! c'est pas grave qu'il disait, et puis vous avez une bonne tension. Un souffle ? Cà va peut-être être un arrêt du coeur, je toussais et bien sûr, çà me fatiguait le coeur et le coeur, il battait pas comme il faut - vous avez un peu d'arythmie, qu'il disait -".

- Question : "Le coeur, c'est quoi pour vous ?"

- Réponse : "C'est la machine, comme on dit, c'est ce qui fait battre, vivre, c'est le moteur, quoi, et si le moteur s'arrête, c'est fini, et quand je sentais que çà battait pas bien, tantôt il tapait, tantôt, je le sentais plus, et bien je me mettais à tousser, et à ce moment-là, çà le fatiguait. En fait, c'est l'odème qui a fait tout çà, c'est çà qui a fatigué le coeur. L'eau que j'avais dedans, et bien c'est pour çà qu'on gonfle, c'est des kilos que vous avez

en trop, qu'ils disaient les médecins, et ils m'ont bien fait uriner, et maintenant, ils disent que le coeur bat régulièrement ; il doit plus y avoir de souffle".

c - OBSERVATION N° 3 : Monsieur GIMB. Serge

Ce malade a 26 ans ; il est hospitalisé dans le Service du Professeur FROMENT (Hôpital cardiologique de Lyon) pour un bilan de valvulopathie rhumatismale. La conclusion de l'observation était la suivante : "Grosse insuffisance aortique d'indication opératoire non discutable malgré l'âge et le contexte psychologique".

Les hospitalisations semblaient avoir été multiples depuis le début de l'affection qui remontait à l'âge de 9 ans :

"Je suis tombé malade, j'étais faible, et j'ai fait alors ce rhumatisme puis le souffle au coeur. Après tous les ans, j'ai été à l'hôpital : pour des douleurs, parce que je saignais tout le temps du nez, et puis une fois même, je m'étais empoisonné le sang à la suite d'une angine phlegmoneuse ; çà avait percé dans la gorge et quand ils m'ont emmmené à l'hôpital, je râlais. A l'époque, on devait déjà m'envoyer ici pour l'opération ; mais mes parents n'ont jamais voulu, la peur, peut-être ; il a fallu que j'attende la majorité et maintenant je n'ai plus de relation avec eux.

Agé de 26 ans, il ne s'était donc pas fait opéré dès sa majorité. Lui posant le problème, il répond en disant "oui, à cause d'ennuis".

"Le Dr BLANC m'avait interdit le mariage à 19 ans, je ne l'ai pas écouté ; puis en 1968 il m'avait conseillé à nouveau de me faire opérer, mais ma femme est partie et j'ai fait une crise de nerfs. Quand ma femme est rentrée, je me suis remis au travail et j'ai repoussé l'intervention jusqu'en août 1969 mais alors ma femme est encore repartie. De 69 à 71, j'ai été incarcéré pour des bêtises, la-bàs, jamais ils ont voulu me faire hospitaliser. En 71, je suis rentré au Puy et j'ai retravaillé comme bar-man.

Je devais me remarier en 72, mais çà n'a pas marché ; j'ai fait à nouveau des bêtises, et j'ai été à nouveau incarcéré. A la fin de décembre dernier, j'ai eu une crise de nerfs sur un moment de colère et çà m'a tout bloqué, je pouvais à peine parler ou respirer. Le 8 janvier, j'ai fait une nouvelle crise dans la nuit, j'étais très essoufflé, j'ai craché du sang et ma soeur m'a fait rentrer à l'hôpital.

Demandant au malade ce que sa maladie lui évoquait, il répond en donnant une liste de phrases, à la façon d'un catalogue :

. Ca dure depuis longtemps
. Tout le temps à l'hôpital
. Je suis essoufflé ; j'ai des douleurs ; çà me serre
. Il faut toujours me soigner ; il faut que je fasse toujours attention aux angines, aux blessures parce que çà s'infecte tout de suite.
. Il ne me faut aucune infection
. Je ne dois pas me baigner
. Cà m'embête beaucoup dans mon travail et je ne peux pas faire n'importe quoi
. Je peux pas faire de sport
. Cà gène même pour le permis de conduire
. On peut pas monter les étages
. Cà crée un complexe par rapport aux autres
. Cà me réduit beaucoup
. Cà me gène même dans les rapports sexuels et çà, çà me travaille.

Lui demandant s'il savait quelle était la nature exacte de sa maladie, il répond qu'il s'agit d'une insuffisance aortique mais que "c'est une malformation, un rétrécissement aortique, il y a une membrane à changer à l'intérieur, le Dr lui a expliqué que çà vient de la vulve intérieure, et que comme les languettes se ferment mal, le sang retombe et le coeur grossit d'un côté".

- Question : "Et le souffle ?"

- Réponse : "Cà vient de la maladie qui s'aggrave, c'est ce qui m'empêche de respirer, ce qui me fatigue, ce qui m'es-

souffle ; c'est ce qui me fait bouger le coeur, ce qui me remue".

d - OBSERVATION N° 4 : Monsieur FALC. Alain

Il s'agit d'un malade de 22 ans, serrurier de son métier, adressé dans le Service du Professeur FROMENT par son médecin cardiologue qui le suit depuis maintenant 5 ans environ.

"A l'âge de 10 ans, on m'avait découvert un souffle au coeur, la médecine de l'école avait trouvé quelque chose et on m'avait dit -Allez voir votre docteur-."

"Ensuite, j'ai souvent été chez mon docteur, il parlait à mes parents".

- Question : "Un souffle au coeur, c'est quoi pour vous ?"

- Réponse : "Le coeur qui bat peut-être plus vite ou moins vite, on m'a jamais dit, je sais pas ; je comprends pas bien dans la médecine. Le docteur pensait qu'une veine ou qu'une artère ne s'était pas bouchée à la naissance ; il pensait donc que çà venait de la naissance. J'y ai pensé des fois, mais j'ai jamais trouvé d'explications ; c'est peut-être comme une prise d'air".

- Question : "Vous vous êtes donc quand même posé des questions ?"

- Réponse : "Cà ne m'a inquiété que pour le sport, moi je ne sentais rien ; mais on m'avait dit que je pouvais prendre des malaises, tomber dans les pommes, avoir la respiration coupée. A 14 ans, j'ai donc arrêté le foot parce que mon docteur me l'avait conseillé. Je me demandais quand même si c'était grave ou pas. Il fallait pas trop courir, pas trop forcer parce qu'il pouvait y avoir un malaise".

Le patient semblait n'avoir jamais reçu beaucoup d'explications concernant sa maladie. Le coeur, le seul souvenir qu'il en avait c'est ce qu'il avait lu sur ses livres d'école. "Mais c'est loin, je crois que le sang arrive d'un côté, le coeur malaxe et la circulation se fait ; le souffle c'est là, un peu au-dessus du coeur (montre du doigt la région latéro-sternale gauche). Le sang doit s'arrêter et çà fait un peu d'air dans l'artère. Hier, ils m'ont fait la cathétérisme ; ils ont dit "un retrécissement aortique", moi, je crois que c'est le sang qui doit moins bien passer

ou passer moins vite. Je regardais sur la télévision, et à un moment, y'a eu un noeud. Ils ont dû passer plusieurs sondes. Ils parlaient de 100, 80 çà devait être la grosseur des artères".

Le patient termine l'entretien en disant que récemment le médecin du travail voulait l'arrêter. "Je me suis vraiment demandé ce que j'aillais faire".

Il semble donc que malgré les quelques jours déjà passés dans le service, le patient n'avait reçu dans celui-ci que peu d'explications, ce qui laissait peut-être là, libre cours à son imagination. Il semblait ne retenir des contacts avec l'équipe soignante que "des précisions comme vous" et puis aussi "ils écoutent"... "c'est certainement pour écouter les battements du coeur ou pour voir s'il bat régulièrement".

e - OBSERVATION N° 5 : Monsieur TOUR. Christian

Agé de 23 ans, hospitalisé dans le service du Docteur ROULLET Hôpital psychiatrique de Bourg-en-Bresse)

Ce jeune homme avait été hospitalisé dans ce service alors que nous y avions des fonctions d'Interne, en janvier 1973, et ceci pour des troubles du caractère entrant dans le cadre d'épisodes d'ivresse pathologique.

Quelque temps après son admission, nous observions lors d'un examen clinique l'existence d'un important souffle cardiaque que le malade signalait comme existant déjà de longue date. Il n'en avait rien dit de plus.

Adressé en consultation auprès du Docteur GONIN à l'Hôpital Cardiologique de Lyon, il revenait avec le diagnostic de "Rétrécissement pulmonaire infundibulaire et souffle de communication inter-ventriculaire".

Quelque temps plus tard, le patient se rendait à nouveau à Lyon pour un cathétérisme. C'est à cette période que devant l'indication opératoire de plus en plus proche, il devint de plus en plus anxieux, taciturne, agressif,

désagréable, passant même plusieurs fois à l'acte sous la forme d'épisodes d'éthylisme aigüe au cours de certaines permissions qui lui avaient été accordées. A cette époque, il avait aussi été fortement marqué et, disons-le, remué lors d'une visite auprès de sa bonne amie par le fait qu'elle ne voulait plus de lui.

Opéré le 4 janvier 1974 dans le Service du Docteur CHASSIGNOLLE, le compte rendu opératoire signalait donc la cure chirurgicale d'une tétralogie de Fallot. Il avait été dans les suites opératoires adressé dans une maison de repos d'où il revint pour se faire héberger quelque temps dans le même service de l'Hôpital psychiatrique de Bourg-en-Bresse, en attendant de retrouver du travail :

"J'ai appréhendé avant l'opération quand j'étais dans le service, vous savez, c'est quand même le coeur, çà réussit ou çà ne réussit pas. Je comptais pas m'en tirer si bien et surtout sans essoufflement. Avant, je sentais taper dès que je marchais un peu. J'avais attendu parce que mes parents ne voulaient pas me faire opérer, une de chez nous y était restée. Je savais que j'avais çà depuis au moins l'âge de 15 ans. J'ai commencé à y penser du jour où mes parents m'ont mis dehors ; je me disais un jour ou l'autre je risque d'y rester, de tomber sur le carreau je sais pas moi, à la suite d'un coup par exemple. Je pensais que c'était plus grave que çà, je pensais que c'était plutôt cardiaque qu'autre chose.

J'essayais de forcer le moins possible, autrement j'essoufflais je savais que j'avais quelque chose au coeur sans avoir que c'était un souffle".

- Question : "Un souffle, c'est quoi à votre avis ?"

- Réponse : "Je crois que c'est l'artère qui arrive au coeur qui est rétrécie. C'est gênant, on a des difficultés pour respirer, pour travailler, pour marcher, faire du sport. Cà m'épuisait. Cà m'a travaillé beaucoup, surtout dans le service, çà jouait sur les nerfs, angoissé quoi, j'appréhendais cette opération, j'avais peur que çà me laisse quelque chose, que je sois gêné, qu'ils me mettent une pile. J'en ai connu un à qui ils avaient mis une pile à la place du coeur. J'avais l'impression d'être un homme pas comme les autres, que çà ne me permettrait jamais de vivre normalement. La nuit quand je dormais, j'y pensais, je pensais pas devenir comme je suis maintenant.

Maintenant je ne suis plus essoufflé, les efforts sont possibles, je suis content, je cherche du travail, avant j'étais conducteur d'engins, et j'ai souvent eu peur de ne plus pouvoir reprendre ce travail, c'est ce qui me gênait le plus." A signaler que le patient avait eu un retrait de permis de conduire consécutif à des conduites en état d'ivresse, et qu'il avait été particulièrement influencé au cours de son hospitalisation par son compagnon de chambre, éthylique lui aussi, conducteur d'engis lui aussi, et que c'était ensembles qu'ils avaient réalisé de multiples passages à l'acte dans le service.

"Je suis content de m'être fait opéré, mais ce qui m'a gêné, c'est que j'ai perdu aussi un testicule. Après l'opération, j'ai été envoyé en maison de repos, il y a eu une infection, ils m'ont hospitalisé à Nice, et ils m'ont opéré d'un testicule. Tout de suite, j'ai eu peur que çà me laisse impuissant".

Dans le mot de l'Interne, qui l'avait admis à son retour de convalescence, on pouvait lire : "Malade ayant subi deux opérations, une positive mais anxiogène, l'autre mutilante mais qui ne le laisse pas impuissant".

Quelques jours plus tard, le patient s'entretenait avec l'interne du service en présence d'un psychanalyste. Dans l'intervalle de temps, il avait appris la mort de son beau père. Il était décidé de ce fait, de retourner "vivre" avec sa mère. Il semblait avoir fait un transfert massif sur celui qui avait été à l'origine de l'indication opératoire, mais ce qui apparaissait le plus flagrant était non seulement, l'importante fixation à la mère, à l'institution, mais aussi et surtout la culpabilité inconsciente dûe à la mort du beau père, père absent, mauvais père.

Nous avons appris par la suite que sorti du service, ayant repris son activité de conducteur de grue il avait un jour été reconduit à l'Hôpital psychiatrique, s'étant mis, tout à coup alors qu'il était sur son engin, à délirer et à "perdre complètement les pédales".

LES CORONAROPATHIES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1) Les douleurs précordiales du type angine de poitrine

a - OBSERVATION N° 6 : Monsieur BOUT. Gilbert

Ce malade âgé de 55 ans est Conseiller Technique, vu dans le Service du Docteur PLAUCHU (Hôpital de Mâcon). Il avait été hospitalisé au décours d'une scène douloureuse précordiale. L'Interne du Service pensait alors qu'il s'agissait peut-être d'un infarctus, mais l'électrocardiogramme étant normal, on était sur le point de faire au malade un électrocardiogramme d'effort.

- Question : "Pouvez-vous me raconter, comme vous le voulez, ce qu'il vous est arrivé ?"

- Réponse : "(l'air théatral, très décidé)J'ai pensé que j'avais eu des symptômes bizarres. On m'a parlé d'angine de poitrine. Alors, je chantais dans ma voiture, et vous savez quand on est en plein chant, la voix s'éteint, tout à coup et on a plus son souffle, sa respiration. Alors au début, je me suis dit, çà c'est la cigarette".

"Et puis j'avais toujours des angoisses, mal dans ma peau, anxieux, quoi. Surtout quand je roulais dans le brouillard, au bout de 15 km, j'étais perdu, angoissé ; la solitude me pesait et les champignons, les balades tout seul dans les forêts, fini tout çà !".

"Le 17 mars, toujours en conduisant, j'ai eu une douleur dans la poitrine avec comme des pincements dans les deux membres, et puis tout d'un coup, la délivrance..."

"La deuxième crise, c'est dans la nuit du 31 mars au 1er avril. Elle a été plus longue, lancinante. Tout d'abord, c'est évident, j'ai pensé que c'était un cancer du poumon bien sûr, bien qu'ayant déjà eu souvent des palpitations, je n'ai pas pensé au coeur. J'avais souvent la

nuit des cauchemars qui me réveillaient et alors, j'avais des palpitations. On a bien sûr tout de suite appelé le docteur, il m'a fait un électrocardiogramme et m'a dit Monsieur BOUT., restez tranquille, on va vous faire hospitaliser. Les ambulanciers sont arrivés, ils ont dit Ne bougez pas et ils m'ont emmené aux soins intensifs. Labàs, je me demandais quand même si çà allait revenir ou pas".

"Le Docteur Ca. a dit que çà devait être de l'angine de poitrine. Moi, l'angine de poitrine, je sais pas, l'infarctus oui, j'ai intérrogé à ce sujet, il faut être très prudent pour cicatriser la plaie qui est provoquée par quoi, on n'en sait rien ; une plaie qui se produit comme çà...

"L'angine de poitrine, c'est sur la respiration que çà agit, sur les poumons. Angine, comme l'angine, quoi ! un refroidissement qui provoque de la température, de la toux et des secrétions.

b - OBSERVATION N° 7 : Madame CL. Marcelle

Il s'agit d'une malade âgée de 53 ans, hospitalisée dans le Service du Docteur FALCONNET (Hôpital de Mâcon) : "Ancien Basedow ; coronarite indiscutable ; crises douloureuses thoraciques d'effort irradiant dans le bras gauche et cédant rapidement. Syndrôme prémonitoire d'infarctus probable".

- Question : "Qu'est-ce qui vous est arrivé ?"

- Réponse : "J'ai pris une crise dans le bras, j'ai cru à un rhumatisme mais je souffrais beaucoup, çà m'angoissait. C'était une douleur horrible, au point que je croyais devenir paralysée". (montre son bras gauche en le frottant de la main droite alors qu'il est immobilisé par une perfusion). "Je peux pas vous dire. Le docteur m'a fait un électrocardiogramme et je me suis demandée à ce moment-là ce qu'il voulait me faire ; je me suis dit Il va me mettre de l'électricité dans le corps, dans la tête. En fait, c'est rien du tout, c'est pour voir les battements du coeur, pour savoir l'électricité qu'on a dans le coeur. J'ai été hospitalisée, et alors là, j'ai eu vraiment peur".

- Question : "L'angine de poitrine, çà vous évoque quoi ?"

- Réponse : " Quand j'étais jeune, mes parents, une angine de poitrine, on était perdu. J'ai même connu des personnes : elle est morte d'une angine de poitrine, elle a peut-être pris froid, et elle a étouffé ; elle a pris froid, et et elle a étouffé ; elle a pris un chaud et froid, elle a pris une sorte de congestion pulmonaire, en étant dans la poitrine.

- Question : "Est-ce que vous avez une idée d'où çà peut venir ?"

- Réponse : "Un effort... La ménopause, je suis restée 4 mois sans voir mes règles alors que depuis le Troméxane, elles sont revenues. Je n'en ai pas parlé au Docteur parce que je croyais qu'il allait se moquer de moi.

- Question : "Donc l'angine de poitrine, çà vient de la poitrine, et le coeur ?"

- Réponse : "Le coeur, c'est comme le moteur d'une voiture, quand on a çà de malade, c'est fichu. Çà fait que j'étouffe, je crois que je vais mourir. Le coeur bat trop ou pas assez. Ils me donnent du Péritrate et du Troméxane je crois que c'est pour rendre le sang plus fluide".

- Question : "L'angine de poitrine ?"

- Réponse : "L'angine de poitrine, c'est comme une angine à la gorge, mais plus bas. Je croyais que j'étouffais".

- Question : "Vous rêvez ?"

- Réponse : "Oui depuis que je suis à l'hôpital, j'ai souvent ce cauchemar : sortie de l'hôpital, je suis avec les morts ; on me ferme la porte à clef, c'est affreux, j'entends parler les gens, j'ai peur, ils viennent me chercher. Ou encore, je suis attaquée, il y a un cheval qui me court après, enfin, que des vilaines choses ; mon gosse se noie, c'est terrible, que des accidents".

c - OBSERVATION N° 8 : Monsieur LAUR. Georges

Agé de 47 ans, chaudronnier, vu dans le Service

du Docteur FALCONNET (Hôpital de Mâcon). Le malade avait été hospitalisé dans le Service pour des douleurs précordiales de cause inconnue. Il était donc là pour un bilan. Le malade avait été extrêmement coopérant durant tout l'entretien et même semblait fort satisfait de pouvoir parler de tous ses tracas.

- Question : "Si vous voulez bien, on va discuter à batons rompus de ce qui vous a amené ici".

- Réponse : "Alors çà volontiers. Et bien voilà ! Le début, j'avais 23 ans il y a eu quelque chose aux poumons. On a pensé au cancer. Mes parents ont pensé pendant 9 ans que j'allais mourir. Ils m'ont regardé mourir à petit feu. C'est alors que j'ai commencé une série de pneumothorax, 11 je crois. Cà fait que je suis arrivé à 47 ans sans avoir pu faire grand chose au point de vue métier. Les médecins m'avaient conseillé d'arrêter mon métier de chaudronier à cause desefforts qui pouvaient provoquer des pneumothorax. J'ai fait tous les métiers en particulier, j'ai fait de l'assurance-vie. Les pneumothorax ont continué. Ca m'était impossible de pouvoir normalement. Les fins de mois étaient difficiles. J'étais très souvent à plat. Pour ce qui est des efforts, même dans mon métier, j'ai toujours été donc habitué à faire marcher la tête avant les bras. Vous savez, on trouve toujours des moyens".

"Les malaises sont apparus il y a 6 ans, une étreinte sous le sein gauche, un reserrement ; j'ai senti venir la tension nerveuse. Les malaises allaient jusque dans le bras gauche, aussi je conduis de la main droite. J'ai fait des tas de visites médicales. Au début j'étais content parcequ'on ne trouvait rien, mais comme çà continuait, après, j'étais content parcequ'on trouvait quelque chose. On m'a dit d'abord C'est une gastrite ; elle est passée et j'ai toujours les malaises. Il y a certainement une part de nervosité qui donne plus d'amplitude aux malaises. Après j'ai consulté un spécialiste du coeur. On m'a parlé alors d'angine de poitrine".

- Question : "Et c'est quoi pour vous une angine de poitrine ?"

- Réponse : "Un tiraillement dans la poitrine, quelque chose de balladeur, çà doit être lié au coeur et à ses imperfections. Les artères se ressèrent, se bouchent et donc vous amènent à une fin stupide, parce qu'à l'heure actuelle, il y a des moyens de s'en sortie. Si on me dit que ce sont les nerfs, quand j'aurais mal, je continuerais à travailler ; d'ailleurs je pense que ce sont les nerfs ; si c'est les nerfs, c'est au moins une explication, et je préfère une explication à rien du tout. En fait, je viens chercher ici une certaine assurance. Je voudrais avoir une tranquillité d'esprit, parce que quand on est tout le temps malade, on n'amène pas à sa famille de l'agréable parce qu'on ne trimballe pas son sourire".

2) L'infarctus du myocarde

a - OBSERVATION N° 9 : Madame DUN. Marie

Agée de 71 ans, vue dans le Service du Docteur FALCONNET (Hôpital de Mâcon).

Elle est adressée dans le Service pour son 2e infarctus. On peut lire une longue observation concernant la description de la crise douloureuse qui a amené la malade à être hospitalisée, ainsi que de nombreux détails concernant ses antécédents, en particulier un syndrôme prémonitoire ayant précédé l'accident (répétition de crises douloureuses précordiales la limitant énormément dans ses efforts physiques).

"C'est une infractus, çà fait la 2e, c'est le coeur quoi ! Quand çà m'a pris, je ne m'y attendais pas, j'ai pris mal, çà m'étouffe, et la tension qui avant était à 17 avait descendu à 10. Mais tout çà vous le savez, vous".

- Question : "L'infarctus, çà vient de quoi ?"

- Réponse : "C'est les artères coronaires qui se bouchent". Elle montre en disant celà un espace intercostal de son index, comme pour tracer une ligne précordiale. "Le sang est trop épais, il doit être ni trop épais ne trop fluide. Quand je suis arrivée en réanimation, y en avait deux qui attendaient, qu'est-ce que vous voulez, c'est la maladie

de tout le monde ; c'est pas étonnant, tout le monde a un coeur."

- Question : "Mais tout le monde a aussi un foi"

- Réponse : "Ma mère est morte du coeur, mon frère est mort sur le trottoir du coeur lui aussi ; çà c'est sûr, c'est héréditaire. A la télé j'en ai vu des coeurs. J'en ai marre d'être dans un lit ; on étouffe quoi ! puisqu'il y a plus de passage dans les artères et quand on étouffe, çà vient du coeur. C'est comme les artères du cerveau quand elles se bouchent, on a une attaque et on tombe paralysé".

La malade alors dit qu'elle en a assèz, qu'elle ne veut plus parler, rougit et tourne la tête.

b - OBSERVATION N° 10 : Monsieur VAUT. André

Agé de 66 ans, vu aux soins intensifs de l'Hôpital de Mâcon. Hospitalisé pour la 4e fois.

Première hospitalisation en 1966 : "La lère fois j'étais en train de regarder la télé, j'ai pensé à une douleur musculaire, mais 10 minutes plus tard, j'ai compris que c'était l'infractus. C'est une douleur violente au creux de l'estomac, et on a la sensation qu'on vous arrache le bras. J'ai eu des pneumothorax artificiels et le Docteur avait dit qu'ils avaient fait dévier l'aorte ; peut-être que çà a fatigué le coeur, enfin quoi, je me suis tout de suite douté que c'était çà ; d'ailleurs une cousine en avait eu un.

- Question : "Mais l'infarctus, à votre avis, c'est quoi ?"

- Réponse : "L'infarctus, c'est le sang qui a de la difficulté à passer à travers les artères qui sont imbibées de matière grasse, ou bien le sang qui est trop épais parce qu'on mange trop, je fumais. Cà, çà a été ma première attaque".

- Question : "Est-ce que vous pouvez me parler de cette attaque ?"

- Réponse : "Le malaise, c'est tellement violent, on transpire, çà fout la trouille, on aspire qu'à une piqure, je

sais même pas si on a peur, on souffre, c'est pas la peur de mourir parcequ'on préférerait presque. Depuis j'ai réduit tous les abus de 50 % : la cuisine, les cigarettes, les efforts physiques, avant je montais en gare avec la valise, après c'est ma femme qui la portait, j'aimais beaucoup marcher, j'ai réduit les marches. Une vie restreinte, les sorties, tout, j'ai marié ma fille, j'ai pas pu danser. C'est peut-être bête à dire comme çà, mais on vit en marge, on est la plante chêtive, c'est dur de se sentir un diminué physique ; ma femme qui portait la valise, moi çà me faisait honte".

- Question : "Le coeur, qu'est-ce que vous en pensez ?"

- Réponse : "C'est l'organe moteur, et si çà marche mal... j'avais peur que çà déclenche des petits malaises."

- Question : "La première fois que vous avez prononcé le mot, vous avez dit infractus ?"

- Réponse : "Cà m'étonne parce que je sais que c'est infarctus, mais si j'ai dit infractus, c'est peut-être à cause de fracture, d'ailleurs c'est une fracture des vaisseaux coronaires. Il y en a des mortels et d'autres pas. Dans ces derniers, le sang arrive quand même à cheminer par d'autres vaisseaux."

c - OBSERVATION N° 11 : Monsieur DON. Camille

Agé de 60 ans, travaillant jusque là dans une laiterie, vu dans le service du Docteur GALLOIS où il était hospitalisé pour infarctus du myocarde après un séjour dans le service des soins intensifs du même hôpital de Mâcon.

- Question : "Pouvez-vous me raconter un peu comment çà s'est passé ?"

- Réponse : "Tout d'un coup, j'ai fait un malaise, je me suis mis à transpirer, je peux pas vous dire à quoi j'ai pensé, mais j'ai pas pensé que çà venait du coeur ; je pensais à rien. La douleur çà m'oppressait, j'avais chaud à la tête. J'ai eu un malaise y a 4 ans, un commencement de paralysie, j'avais eu aussi mal à la tête et déjà à l'époque j'avais cru que c'était le coeur. On m'a tout de suite amené aux Soins Attentifs ; j'ai que des remerciements à

leur faire, il y avait une veine qui s'était rompue on m'a dit. Jour et nuit, on ne vous quitte pas 5 minutes ; quand on vous amène là çà va mieux, aux soins attentifs il y a un monitoring, on vous met des ventouses aux cuisses, à l'estomac, pour la vérification du coeur, pour voir les battements, mais il était tourné et je ne voyais que le derrière, que la bande, et puis il y avait des bouteilles de sérum, toutes les 10 minutes, la tension. J'avais le torse nu.

- Question : "Qu'est-ce qui à votre avis a provoqué tout çà ?"

- Réponse : "Une veine qui s'était rompue au coeur. Le coeur il est à gauche hein ? Et bien non il est au milieu il paraît. "Se tournant vers son voisin, qui présentait le même cas, : "La question primordiale pour nous maintenant, c'est que vu mon âge, j'ai peur de ne pas pouvoir reprendre le travail, çà m'inquiète, le médecin m'a dit qu'il me mettrait en longue maladie. J'étais déjà diminué depuis mon premier accident. J'ai déjà été prisonnier et le Docteur avait dit que quand j'aurais 60 ans, on demanderait la retraite. J'attends le verdict. Mais c'est quand même grave, çà m'inquiète, c'est quand même une chose vitale. Çà va me diminuer le salaire de moitié, et pourtant j'étais pas de ceux qui tiraient au renard".

d - OBSERVATION N° 12 : Monsieur BERT. Maurice

Agé de 58 ans, vu dans le Service du Docteur GALLOIS où il était hospitalisé pour un infarctus du myocarde. Il avait passé quelques jours dans le service des soins intensifs. Il s'agissait du compagnon de chambre du malade dont nous venons de parler.

"Moi, je ne connaissais pas les symptômes de cette maladie. Au départ, j'ai cru à un coup de froid à la poitrine, ou que je m'étais butté le bras. Çà me tenait toute la poitrine et la respiration ne se faisait pas normalement ; je crois bien que j'ai un infarctus".

- Question : "L'infarctus, qu'est-ce que c'est à votre avis ?

- Réponse : "Pour moi, l'infractus c'est un petit caillot

de sang dans le coeur qui y circule plus ou moins bien. Les tissus du coeur qui ne travaillent pas dans les normes. Avec le serum et les piqures on a rendu le sang plus fluide. Ce qui était pénible, c'était les malaises".

- Question : "Les malaises"

- Réponse : "Oui j'étais oppressé, comme si j'arrivais à une haute altitude et j'avais du mal à respirer. J'ai passé 8 jours aux soins intensifs.

- Question : "Vous avez certainement eu mal ; pouvez-vous me parler de cette douleur ?"

- Réponse : "Je me demandais ce qui m'arrivait ; un poids lourd sur toute la poitrine, oppressé comme si on m'appuyait sur le thorax. Je suis tombé à genoux, un enfant est venu à mon aide, il n'a pas perdu le Nord, lui...

- Question : "L'infarctus, qu'est-ce que çà vous évoque ?"

- Réponse : "Le coeur. Et vu mon âge, et puis il y a eu ma captivité. Dire que je m'énervais déjà dans mon travail".

- Question : "Vous rêvez ?"

- Réponse : "Il y a toujours quelque chose qui me tourmente, me soucie, par exemple je me bagarre avec des individus. Cette nuit, j'étais à l'usine, les gens déchargeaient des copeaux, le feu s'est mis dedans, je devais aller prévenir la concierge mais il y avait toujours quelque chose qui m'empêchait d'arriver au but".

TABLEAUX D'ASYSTOLIE
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

a - OBSERVATION N° 13 : Madame CHAR. Lucette

Agée de 59 ans, hospitalisée dans le Service du Docteur FALCONNET (Hôpital de Mâcon) pour un tableau d'asystolie, avec tachyarythmie à 150. Suspicion d'embolie pulmonaire.

"J'ai une mauvaise circulation, j'ai toujours eu les jambes lourdes, avec des ulcères, les jambes pas souples, et ma première paraphlébite il y a 35 ans en suite de couche. La paraphlébite, çà ne tient que jusqu'au genoux, çà vient je crois de la fluidité du sang : il était à 39°7. J'étais gonflée tout le tour, j'étais essoufflée, gonflée, bouchée, le coeur tapait, essoufflée, c'est ne pas pouvoir respirer à fond. Je me sentais très mal ; on m'a amenée aux soins intenses, la-bàs il y avait des soins constants, même que la première nuit on me prenait la tension toutes les heures. Je m'y sentais moins gonflée, moins souffrante, et on m'y a fait des gouttes à gouttes. Ils m'ont fait affreusement beaucoup uriner, au moins 5 litres. Je me suis sentie soulagée, évacuée de l'urine, c'était une élimination par tout le corps, par ce qui était dans les bouteilles. J'ai fait une embolie pulmonaire, c'est un caillot de sang dans les poumons, il a fallu l'éliminer par le gouttes à gouttes.

- Question : "Vous avez souffert ?"

- Réponse : "Oui et la douleur je m'en rappelle, j'étais gonflée, c'était comme un éteau, j'étais mal en point, je ne pouvais pas me remuer, je ne pouvais pas bouger, çà me rappelle ma paraphlébite, quand j'étais immobilisée à la maternité, et çà me rappelle aussi une infection à coli, que j'avais eu dans mes suites de couche.J'avais envie d'un docteur".

b OBSERVATION N° 14 : Madame GUIC. Marie

Agée de 73 ans, hospitalisée dans le service du Docteur GALLOIS (Hôpital de Mâcon) pour une péricardite :

"Gros coeur depuis 4 ans". Vieille dame charmante et assez bavarde pour raconter librement toute son histoire.

"Un jour j'ai eu un point dans la poitrine, le Docteur a dit que j'avais un gros coeur, il m'a donné des diurétiques, mais rien n'a fait maigrir le coeur. Depuis un an on me dit que j'ai de l'eau autour du coeur. j'étais essoufflée, c'est l'eau, çà doit comprimer les organes, çà doit appuyer sur le poumon. Dans le Service quand je suis arrivée, ils m'ont fait une ponction, d'ailleurs mon Docteur m'avait dit que l'eau était dans le péricarde autour du coeur".

- Question : "Vous avez l'air d'avoir une idée bien précise sur ce qui est de l'anatomie du coeur. Pourriez-vous m'en faire un dessin ?"

- Réponse : "Oh oui, c'est facile ; d'ailleurs le Docteur m'en avait fait un pour m'expliquer". La malade fait alors un dessin ayant strictement la forme d'un oeuf en coupe, avec même la poche à air à l'une des extrémités. Elle disait en dessinant : "Voilà : le coeur est au milieu, il a la forme d'une savate, et le Docteur m'a dit que ce n'était pas cancéreux parce que autrement çà serait raccorné. J'ai vu mon coeur à la radio (?), le coeur est sombre et je voyais clapoter dessous, c'est certainement l'eau qui était autour du coeur, c'est comme une pleurésie. Ils m'ont fait une ponction je sentais que je m'en allais, je me sentais partir comme par exemple les évanouissements quand j'étais enceinte, pour la prochaine j'espère qu'on va m'endormir".

- Question : "Qu'entendez-vous par l'eau autour du coeur ?"

- Réponse : "Le coeur prend froid, un genre de fluction. D'où elle vient ? Çà doit être un coup de froid, comme quand on a le nez qui coule ou de la bronchite ; c'est comme quand on éternue, çà dégage le cerveau".

- Question : "Pouvez-vous me parler de la douleur ?"

- Réponse : "C'était un lancement, j'étais alourdie par l'excès d'eau

Quand j'ai eu ma typhoïde, on m'a déjà fait une ponction, ah non, c'était un tube qu'on m'avait mis pour la vésicule biliaire. Une autre fois, j'avais avalé un os de poulet, le médecin m'a fait un curetage, non il m'a enfilé un tube et j'avais la bouche pleine de vaseline. Là, je n'ai rien vu."

- Question : "Avez-vous une idée précise sur ce que vous appellez le péricarde ?"

- Réponse : "Non, je ne savais pas que çà existait, mais quand on me l'a dit, çà m'a semblé normal, car je ne verrais pas le coeur qui se balladerait comme çà".

- Question : "Et l'essoufflement alors ? Vous m'en avez déjà un peu parlé ; mais pouvez-vous préciser davantage ?"

- Réponse : "Cà vient de l'eau qui comprimait le poumon. Le péricarde s'étend comme la vésicule. Cà comprimait les organes comme quand j'étais enceinte. Il y avait une poche d'eau autour du coeur".

- Question : "Poche des eaux..."

- Réponse : "Un ballon de baudruche, quand il est trop gonflé, il éclate ; si la vésicule éclatait on irait au Boulevard des Allongés, et il y aurait peut-être quelque chose qui sortirait".

c - OBSERVATION N° 15 : Monsieur BES. Robert

Agé de 43 ans, adressé dans le Service du Docteur FALCONNET (Hôpital de Mâcon) pour une "fibrose interstitielle primitive".

"C'est mes poumons, les médecins m'ont dit qu'il y avait une prédisposition naturelle ; j'ai travaillé dans une scierie et il y a eu un encombrement des alvéoles par la poussière de bois. Les alvéoles se ressèrent et se dessèchent, çà progresse dans ce sens et çà aboutit à un essoufflement : on n'a pas son souffle, on est obligé de s'arrêter dans les escaliers, et les efforts qui ne coûtent rien quand on est normal, on ne peut en faire que la moitié. Pysiquement on est diminué, pour aller à pied, pour porter

un poids, pour un travail physique soutenu, pour nager ou tenir sous l'eau, pour manger, enfin pour tout. On croit qu'on peut et en fait on n'a plus de réaction, les muscles ne veulent plus travailler. Le coeur commence à en pâtir. Ce n'est pas l'infractus mais quand il y a plus d'aération, c'est le cœur qui prend, y tape, on n'y sent pas, mais on se sent plus faible que rien. Maintenant même pour me raser, il faut m'asseoir".

"Mon médecin avait dit, ne forcez pas, le coeur va prendre, il faut qu'il fournisse les efforts que les poumons ne peuvent pas faire, il tape, le souffle raccourcit, le coeur subit l'effort. Le coeur, c'est un muscle comme une horloge, et quand le mouvement est détraqué, c'est fichu. En fait, là, le coeur bat trop vite à cause de l'effort que les poumons ne font pas. Le coeur c'est comme un moteur ; il faut que çà s'équilibre, et s'il y a un décalage, çà ne va plus. Ce qui me gêne le plus, c'est la respiration, je ne peux pas bouger, je m'essouffle pour un rien, j'ai senti les efforts du coeur par la fatigue".

d - OBSERVATION N° 16 : Madame GUI. Hélène

Agée de 66 ans, vue dans le Service du Docteur PLAUCHU (Hôpital de Mâcon) où elle avait été adressée par son Médecin pour une "insuffisance cardiaque progressive avec un gros coeur et tendance à la dépression". Il s'agissait d'une malade campagnarde, assez frustre et extrêmement rétiscente à l'entretien, exprimant à chaque question son mécontentement.

- Question : "Vous avez été adressée à l'hôpital pour quoi ?"

- Réponse : "Pour le coeur, c'est une insuffisance, le coeur est fatigué, j'ai un souffle au coeur et qui s'est aggrandi. Cà fait 2 ans que je l'ai avant çà me gênait pas, mais maintenant, çà me gêne. Cà m'essouffle. Et je tiens plus debout".

- Question : "Un souffle, pour vous, qu'est-ce que c'est ?"

- Réponse : "Je sais pas, mais en tout cas, je suis essoufflée. Le moteur tourne plus rond, c'est le coeur comme

quand on a une auto que le moteur tourne plus rond. Le coeur n'a plus la force de faire son travail et on ne peut plus respirer normalement et les jambes étaient gonflées".

- Question : "Les jambes étaient gonflées ? Cà vient de quoi, çà ?".

- Réponse : "Cà doit venir du coeur, parce que il n'y avait plus 100 kg sur les jambes pour qu'elles soient enflées. Ils m'avaient fait maigrir. Cà me gêne un peu, je faisais pourtant tous les travaux même jusqu'avant de venir à l'hôpital. Les premiers jours de janvier, çà m'a fait mal, çà a monté, j'avais le coeur trop las et quand on est trop las parfois, on a les nerfs qui serrent la poitrine, et on est pas bien. Je sais pas ce qui faut vous dire".

Nous notions à ce moment-là comme un manque complet de support sous la forme de références anatomiques.

- Question : "Il semble donc par tout ce que vous dites qu'il s'agit d'une maladie du coeur ?"

- Réponse : "Vous le savez bien, vous, le rétrecissement de l'aorte, mon père l'avait et il lui fallait le sang bien fluide, il fallait pas de caillot dans le sang autrement on risquait la mort subite".

- Question : "Et l'insuffisance cardiaque à votre avis, qu'est-ce que çà peut bien être ?"

- Réponse : "Je sais pas, moi, c'est peut-être comme l'insuffisance hépatique, la vésicule biliaire. Le coeur fonctionne pas normalement, le pouls battait trop fort, parce que le coeur allait vite, parce qu'il était agité. On remue trop, on court trop, on est énervé. C'est le moteur qui tourne plus rond".

e - OBSERVATION N° 17 : Madame BIB. Josette

Agée de 63 ans, vue dans le Service du Professeur FROMENT (Hôpital cardiologique de Lyon) pour une valvulopathie aortique en état de décompensation. Le pronostic était paraît-il extrêmement sévère.

Après de brèves précisions concernant ses antécédents :

. père tué à la guerre
. mère décédée lorsqu'elle avait 19 ans d'une crise d'urémie : "Cà a été terrible pour maman".
. mariée en 1935 ; mari Chef de Service dans une usine de bagages dont elle a eu quatre enfants.

La malade aborde sans hésitation le sujet qui l'amène dans le Service :

Les grossesses ont été assez difficiles, car elle est "malade du coeur depuis l'âge de 15 ans"... "c'est un petit souffle au coeur qui s'est quand même bien passé". Pendant ses grossesses, la patiente devait rester étendue.

Il y a 8 ans, a perdu un fils de 34 ans. Et c'est juste après la naissance de son dernier fils, "que j'avais allaité jusqu'à 13 mois" qu'elle fait sa première crise de tachycardie : "mon coeur battait très vite et çà, de 10 minutes à 2 heures de temps. On me faisait de l'ouabaïne ou de la cédilanide, mais comme çà me donnait des troubles digestifs, on m'a fait ensuite du kévina (?) qui me convenait".

Deux ans après avoir eu ce fils, lors d'un épisode de tachycardie, la malade est atteinte d'une paralysie du bras droit (certainement due à un embol).

§ 1 : "J'ai repris ensuite petit à petit un peu d'activité ; tout ce que je demandais, c'était de pouvoir surveiller mes enfants".

"A la mort de mon fils il y a 8 ans, je n'ai plus fait de crise, je faisais peut-être moins d'effort, je faisais seulement des petits malaises. Je me suis faite à mon mal et je le supporte maintenant très bien, tout ce que je demande, c'est de rester comme çà. Je ne me trouve pas malheureuse, je savais que je ne pouvais pas monter les escaliers, je menais une petite vie au ralentie et d'ailleurs mon mari fait tout ce qu'il peut, le ménage, les courses... C'est mon gendre, qui est médecin, qui m'a forcée à venir.

- Question : "Vous avez parlé tout à l'heure de malaise,

pouvez-vous parler, si çà ne vous gêne pas, de ce que vous ressentiez dans ces moments-là ?"

- Réponse : "J'ai l'impression de mourir, on se sent partir" (la malade en disant cette dernière phrase, penchée la tête en arrière, donnant une impression d'érotisation intense de la situation). "La mort, çà doit pas être autre chose. J'aurais voulu continuer comme çà quelques années, çà aurait été plus agréable que de subir une opération. Je n'ai jamais eu peur de mourir, mais j'ai peur de l'opération parce que j'ai tellement vu souffrir mon fils. Les malaises, je les contrôlais très bien et je n'en avais même pas peur. J'avais l'impression que mon coeur s'arrêtait., le temps d'une respiration il n'y avait plus rien. C'est comme ce matin, quand l'infirmière m'a fait la prise de sang, au fur et à mesure qu'elle pompait, je sentais que je partais mais çà ne m'a pas fait mal, ce n'est pas douloureux. Le temps de m'asseoir, de me reposer, çà passait. D'ailleurs, je n'avais même plus envie de sortir, de bouger, j'aimais bien rester chez moi étendue."

- Question : "Vous semblez parler là d'une espèce de satisfaction ?"

- Réponse : "Oui, effectivement, c'était peut-être pénible, mais on ne peut quand même pas se plaindre. Peut-être que je serais contente quand çà sera fini, mais j'ai quand même peur de cette opération. L'opération, je n'aime pas çà, et l'opération du coeur, je n'ai pas bien confiance, c'est pas comme une appendicite. J'étais bien, j'avais ma petite vie heureuse au ralenti. D'ailleurs, la nuit je rêve que je me sauve de l'hôpital et pourtant la mort ne m'effraie pas je pense y retrouver mon fils".

- Question : "Vous semblez quand même parler du coeur comme d'un organe privilégié, le coeur çà vous fait penser à quoi ?"

- Réponse : "(en souriant comme se prêtant à un jeu) Qu'est-ce que je vous dirais... D'abord, j'ai mieux aimé mes enfants que mon mari. Deuxièmement, j'ai dû l'user à aimer trop les miens. Troisièmement, je me fais trop de soucis depuis la mort de mon fils".

II - LA COLLECTE DES SIGNIFIANTS

A) Pour commencer, nous avons regroupé les observations 1, 2, 3, 4, 13, 14 par rapport à la notion que nous dénommerons : corps comme contenant.

a - Dans l'observation 13, nous pointerons :

- La fluidité du sang, retrouvée dans d'autres observations d'infarctus du myocarde par exemple. Les artères sont bouchées. La malade, nottons le, y rapporte immédiatement : "J'étais essoufflée, gonflée, bouché(e), le coeur tapait" ; "c'est ne pas pouvoir respirer à fond". Nous relèverons ici, la notion bouchée, bouchon, obturation et le principe physique, gonflée parcequ'à un endroit c'est bouché, principe auquel d'ailleurs la patiente rapporte aussi l'essoufflement (pas respirer à fond).

- La notion de liquide comme contenu est retrouvée par ailleurs :

. "aux soins intenses" "je me sentais gonflée puis soulagée par les gouttes à gouttes" (goutte de sang)

. soulagée par l'évacuation de l'urine ("ils m'ont fait affreusement uriner") ; vider, accoucher... en suer : élimination par tout le corps ; vidée "par ce qui était dans les bouteilles" : circuit bouteille à bouteille passant par le corps.

. conjointement à l'idée sur l'essoufflement est amenée la notion d'embolie pulmonaire ; la malade parle de caillot de sang dans le poumon "il a fallu l'éliminer par les gouttes à gouttes".

- Remarquons enfin au passage que la notion de caillot part de celle de paraphlébité rejoignant des souvenirs de maternité.

= Sang/qui fait des caillots, qui fait souffrir affreusement pour éliminer, gouttes, artères bouchées, essoufflée/liquide à éliminer.

= Liquide Uriner/éliminer injection, éjection/être gonflée/ essoufflée ; respirer à fond ou pas à fond

= Paraphlébite/phlébite/maternité

b - L'observation 14 est aussi particulièrement explicite

- Le liquide tient là encore une place importante

. "gros coeur - rien ne l'a fait maigrir, même les diurétiques, eau autour du coeur"

. "essoufflée : c'est l'eau" (coeur noyé dans l'eau) ponction, compression

. "je voyais clapoter... comme une pleurésie"

. "le coeur prend droid, fluction de poitrine, se moucher, éternuer"

."alourdie par l'excès d'eau, ponction... vésicule, curetage".

Nous admettons que ce dernier terme nous avait quand même mis la puce à l'oreille, et là, devenait tout à coup évident qu'il était possible de voir poindre entre les lignes la notion de Maternité :

. maternité : eau autour du coeur

La ponction évoque directement la maternité par le biais des évanouissements (rupture, poche des eaux... vésicule... c'est au sujet de ce dernier organe que la malade parle d'un curetage venant là en tant que libre association).

= Eau/fluide comme l'eau, poche des eaux autour du coeur

= Liquide/ à éliminer, souffrir (ponction, évanouissement, grossesse), ponction éjection, poche des eaux ; compression, essoufflement.

= Maternité/grossesse, poche des eaux... accoucher...

Rappelons-nous ici l'explication simpliste concernant la sexualité, donnée par une mère névrosée à son enfant : "Tu sais, je t'ai porté dans mon coeur". Nous ajouterons à cet exemple comme suite ou comme relance : "Je t'ai donné mon coeur", "Je l'ai porté dans mon sein", "Je l'ai porté dans mon saint" (référence ici au nom du père) ; enfin, notons qu'il est particulièrement fréquent au cours des premiers mois de la grossesse, que les femmes parlant de malaises signalent : "j'ai mal au coeur"...

c - Relevons quelques points de l'observation n° 1 qui nous paraissent se rapprocher du problème ici abordé.

- Se fait du "mauvais sang" ("çà veut dire tout") généralisé. Grave/pas grave est aussi signalé.

Idée de sang à laquelle elle associe les maladies du coeur (palpitation) et l'impression d'étouffer.

- Coeur comme contenant ("des vaisseaux qui y circulent dedans"). Forme du coeur en dessin répondant à la question qu'est-ce-que c'est le coeur ? Coeur en forme de carte à jouer ou coeur que gosse on voit dessiné au bois des bancs publics.

- Se faire du mauvais sang est aussi associé aux dépressions qui suivaient les accouchements. Le concept de procréation ayant été déjà abordé dans : "On a découvert le souffle 4 ans après notre mariage".

Sang, mauvais sang, grave/pas grave
Liquide vaisseaux dans coeur comme contenant, étouffer
Maternité/procréation

d - Dans l'observation n° 2, nous retiendrons :

- L'odème, "l'eau qui a fatigué le coeur", comme si ce n'était finalement pas aussi étonnant que cela (l'oedème, dans les bronches, la grippe) devienne grave puisque çà agit sur le coeur. Nous avons déjà insisté, lors de la retranscription de l'entretien sur notre surprise à l'écoute de : O-dème ou EAU-dème. C'est bien là plus que jamais que nous pourrons reprendre une fois encore les termes de LACAN (16) : "L'inconscient, structuré comme un langage, nous

rappelle qu'au versant du sens l'étude du langage oppose le versant du signe".

- Liquide/. bronches pleines d'eau, on gonfle
. moi pleine d'eau, des kgs en trop : gonflée
. faire uriner et le coeur bat régulièrement
. odème/O-dème/EAU-dème/EAU-d'aime...

e - Il serait peut-être encore intéressant de signaler ici quelques points de diverses observations :

Dans l'observation n° 3, le coeur apparaît bien comme un contenant ("comme les languettes se ferment mal, le sang retombe et le coeur grossit d'un côté).

Nous relèverons aussi dans ma même observation que le malade parlait indistinctement de valvules ou de vulves.

- Dans diverses observations de coronariens, nous avons retrouvé la notion de coronaires bouchées (ce qui n'a quand même rien de très étonnant, étant donné le flot de publications au service des malades) ; mais aussi la notion de fluidité au sein de ces tuyaux.

- Dans l'observation n° 9 : "on étouffe, quoi ! puisque les artères sont bouchées".

- Dans l'observation n° 7, nous retirerons pour ce chapitre ce qui, au sujet de la cause de l'angine de poitrine pouvait être rapporté à la ménopause ("Quatre mois sans voir les règles alors que depuis le troméxane elles sont revenues").

f - La collecte générale nous donnerait donc par exemple là les signifiants suivants :

. Liquide, sang, eau, gonfler, essoufflé, plus de souffle... noyer... ? fluidité.
. Poche, forme de coeur/poche des eaux, poche de sang.
. Grossesse.

B) Nous regroupons sous la rubrique Angine de poitrine trois observations (6, 7, 8) et nous dirions d'emblée à leur sujet : ceux qui savent - ceux qui ne savent pas. Notons cependant que ce sous-titre n'est pas à réserver aux angineux et que nous le prenons ici, peut-être à partir de la formation de médecin que nous avons reçue ; en effet, il est fréquent qu'au point de vue diagnostic la question se pose : infarctus ? angine de poitrine ? syndrôme prémonitoire ? question des médecins mais question que vit aussi le malade. C'est ce que nous regrouperons sous le titre de quête étiologique.

a - Obs. 8 - Cet homme qui est hospitalisé pour ce qu'il ne sait pas bien (et les médecins non plus, n'oublions pas que ces derniers étaient sur le point de faire en particulier des électrocardiogrammes d'effort), qui ne sait pas bien d'abord si c'est le coeur ou pas le coeur : "Vous avez rien, ce sont vos nerfs"... si au moins c'était les nerfs, ce ne serait pas le coeur.

- Il nous parle d'abord longuement des ennuis de ses poumons (pneumothorax répétés) ; il y associe "impossible de pouvoir normalement". Nous ne reviendrons pas sur le chiffre 9. A chacun d'associer. Il en parle comme d'un lent voyage vers la fin stupide.

- "Je suis mal, mal dans ma peau, je cherche à savoir pourquoi j'ai ces malaises".

- Au sujet de l'angine de poitrine, il a vu quelqu'un pour le coeur. C'est quand même quelque chose qui se ballade dans la poitrine. Et Dieu sait si ce qui est dans la poitrine a posé problème pendant 9 ans, faisant naviguer entre la vie et la mort. A ce sujet signalons là l'image inversée parents/patient/mort ou retour à un état d'a-tension.

Nous retiendrons peut-être :

. Antécédents personnels/parentée/vie-mort/9/ a-tension

. Savoir, pas savoir/Chercher à savoir/quête étiologique

. Pouvoir, pas pouvoir/paralysé par le fait de ne pas savoir. Nous appellerons cette observation : "L'assurance vie par l'attention nerveuse".

. Les nerfs, mal dans ma peau, paralysé par le fait de ne pas savoir/la tension nerveuse/attention (nerveuse)/faire attention, moyens

. L'angine de poitrine/poitrine dans la poitrine/angine, angine de poitrine/infarctus

b - L'observation nº 6 serait aussi celle de celui au sujet duquel on ne sait pas :

- Anxieux, mal dans sa peau, on ne sait pas bien s'il le devient à partir des malaises ou si, ce qui est bien plus probable ; il l'était bien avant. Ces malaises, quoiqu'il en soit lui font cependant reposer toute la question de son être.

- Qu'il y ait ou non dans sa vie autant de théatral que dans sa façon de raconter les premiers malaises, toute la question semble bien être quand même ; d'où çà vient, je ne sais pas ce que c'est, et d'ailleurs il dit s'être précipité sur la cause : le "Kc." du poumon bien entendu, comme s'il était important d'en avoir une à se mettre sous la dent.

- Remarquons que dès que l'on commence à parler du coeur, la paralysie, l'immobilisation est déjà là (depuis le moment où il se retrouve sous électrocardiogramme jusqu'à celui où le brancardier lui dit "ne bougez plus")

Nous reprendrons plus tard ce que cette mise en scène du manque à être, brutale, sauvage peut demander de rationalisations défensives qui sont à replacer dans ce que Madame le Docteur G. RAIMBAULT dénomme "quête étiologique".

- L'angine de poitrine, il en donne une définition.

. Tout d'abord par rapport à l'infarctus : "L'angine de poitrine, je ne sais pas ; l'infarctus oui, j'ai interrogé, il faut être prudent pour cicatriser la plaie".

. Puis par rapport à la respiration, les poumons et "l'angine :: angine quoi, refroidissement".

C'est dire que nous retiendrons là :

. Savoir, pas savoir/surpris/trouver une cause

. Pouvoir (bouger, chanter, se promener), plus pouvoir/il faut une cause

. Les nerfs, mal dans ma peau/decubitus/une cause à tout prix.

. Angine de poitrine/poitrine poumons/angine/ refroidissement/la cause en fait doit être bien connue.

c - L'observation nº 7 : l'angine-de-poitrine

- Au sujet de cette observation notons la démarche (assez courante) des médecins : les crises douloureuses thoraciques qu'elle a présentées avaient fait poser le diagnostic de crises d'angine de poitrine. Il semble que c'est dès lors "qu'elle a su". Nous retrouverons là aussi tout ce qui repose sur la notion angine de poitrine-infarctus... dans le problème du syndrôme prémonitoire.

- Cette femme, comme il est dit au début de l'observation, centre presque tout son discours sur la notion d'angine de poitrine.

Voyons qu'à ce sujet, elle situe l'entité d'après des critères familiaux-historiques.

Elle annonce aussi toute la résonnance que l'histoire peut donner à la sienne ("j'ai même connu des personnes", "elle est morte d'une angine de poitrine"). Mort et parentée se voient donc là associées (tout comme dans les observations sur les valvulopathies que nous avons présentées et discutées) et peut être encore plus dans la valeur métonymique du "chaud et froid" (corps chaud puis froid...)

Nous avions déjà relevé, mais faisons le là plus qu'ailleurs, le besoin de situer topographiquement le mal, et la notion physiopathologique qui y est associée :

prendre froid, chaud et froid, refroidissement, congestion pulmonaire

"Elle a peut-être pris froid et elle a étouffé,

a pris un chaud et froid, a pris une sorte de congestion pulmonaire en étant dans la poitrine." Nous pointerons ici deux problèmes ; tout d'abord le "dans la poitrine" qui nous avait déjà évoqué le "je t'ai porté dans mon coeur, dans mon sein". D'autre part, la malade dit au début : "J'ai pris une crise". Nous avions déjà souligné dans le chapitre sur les valvulopahies cette notion d'activité : "Prendre mal, prendre le mal" "prendre froid" prendre le froid en soi, se l'incorporer activement plutôt qu'être pénétré par lui. Un fantasme de toute puissance/impuissance pourrait être évoquée à ce sujet.

Nous noterons particulièrement ici une des questions de la malade :

"Je me demande d'où çà peut venir : - un effort ?
- la ménopause ?
("4 mois sans Voir les règles alors que depuis le troméxane elles sont revenues ; le Dr allait se moquer de moi").

Nous n'insisterons pas plus sur ce dernier point.

Les médecins insistent assez sur la particulière fréquence des accidents coronariens à partir de la ménopause.

Nous pourrions plutôt envisager à ce sujet une certaine différence dans le vécu des accidents cardiaques chez l'homme et la femme en rapport avec leur problèmatique sexuelle, et avec le complexe de castration, voire même la notion d'aphanisis ; à ce sujet, nous rappellerons ce que SAFOUAN écrit : "Car jusqu'à l'instant de sa résolution dans l'interprétation, la menace de castration fonctionne d'une façon ambigüe : elle barre l'accès à l'objet du désir tout en maintenant le sujet dans sa fixation à sa mère. Par conséquent, c'est là où le sujet cède sur son désir, que nous pouvons être sûrs qu'il y a culpabilité" (27)

D'autre part, concernant la menace de castration, nous signalerons que : "Lorsque LACAN parle de la castration, comme manque symbolique dont l'objet est imaginaire, il convient de préciser que cet imaginaire est un imaginaire de pensée, qu'il est non spéculaire et non spécularisable puisque toute spécularisation le laisse subsister comme

l'Autre, au sens platonicien du terme. C'est au point que le sujet peut trouver dans l'automutilation ou du moins dans le non usage de l'organe, le moyen de rejoindre cet objet. D'une façon générale, toute tentative de réduire son écart par rapport à ce manque, c'est-à-dire de ramener ce manque à ce qu'on peut appeler une matière narcissique, expose l'homme à la menace de castration". (Scilicet n° 1 : notes sur la menace de castration p. 102).

Nous retiendrons donc comme signifiants à cette observation :

. antécédents ; savoir, pas savoir/parentée/mort
. ménopause, se moquer/castration symbolique
. angine-de-poitrine/poitrine, poumons/angine/refroidissement.

d - La collecte générale donnerait donc ici :

- Histoire (antécédents)/vie/mort
- Savoir, pas savoir ; pouvoir, pas pouvoir
- Castration (sexualité)
- Angine-de-poitrine/poitrine, poumons/angine dans la poitrine ; refroidissement.

C - Les observations 1, 2, 3, 4, 5 ont été regroupées sous la rubrique "notion de souffle, essoufflement" et le seraient peut-être avec des critères proprement sémiologiques sous la rubrique : "valvulopathies".

a - Dans l'observation n° 1, nous retiendrons étant donnée l'étude complète des cas :

- "Découverte du souffle". Après évocation de la vie familiale, des parents, on découvre un souffle : "quand je montais les escaliers j'étais essoufflée". Etre obligée de rester couchée indiquant la voie vers le repos, la prudence, le grave. "Apparu 4 ans après notre mariage" pouvait conjointement au problème de la parenté indiquer le côté "procréation" retrouvé encore dans "je me fais du souci pour le bébé". D'ailleurs, la parenté semble poser problème si l'on en juge par les troubles de la puerpéralité : "je n'ai plus que mon papa... maman est morte d'une attaque". "4 ans après notre mariage". "Quand Olivier l'a trouvé, je suis restée un mois couchée". "Cà a toujours été à la suite de mes accouchements".

Apparition/disparition, grave/pas grave/cache cache. Découverte.

- "D'un souffle-au coeur" : "çà peut s'aggraver, ils ont fait un électrocardiogramme : ils me cachaient quelque chose". "On s'imagine que c'est plus grave que c'est".

"Cà peut s'aggraver - palpitations". Coeur = principal, son rôle, c'est tout... (si au contraire de palpiter, il s'arrêtait...).

De cette première observation, nous pouvons déjà dégager :

. la découverte de quelque chose de caché... les parents - procréation
. grave/pas grave/s'aggraver/apparition disparition/rythme pendulaire coïtal.
. palpitations/arrêt du coeur - coeur principal
. souffle au coeur et pas souffle tout court (entité)
. souffle/essouffle ; rester couchée, limitée, immobilisée.

b - Dans l'observation n° 2, nous relèverons :

- un "souffle-au-coeur" ("mais c'est insignifiant" : In-Signifiant. C'est quand même inquiétant - tomber dans les pommes - tomber - un arrêt du coeur (coeur qui ne battait pas comme il faut).

- souffle-essoufflée : monter jusqu'au 3e. Souffle au coeur-essoufflée. "Ca ne peut pas venir des poumons, puisqu'il y a un souffle au coeur".

- oedème, odème, eau-dème, eau d'aime... qui peuvent dans un premier temps évoquer un déplacement qui va du discours médical au discours d'un sujet à prendre le moins possible comme un objet.

- Le souffle est IN-Signifiant) sont ici notre
  l'eau-d'ème ou l'eau d'aime) entente

Nous avancerons à ce sujet que c'est la théorie lacanienne qui permet de comprendre que ce qui marque la substance l'emporte sur la substance elle-même et ses propriétés. On pourrait presque dire qu'il n'y a que substances marquées, substances perdant même leurs effets au profit de ceux de la marque qui met alors en équation toute la libido du sujet intéressé. Cette observation nous permet par exemple d'évoquer le débat (qui remonte au néonatal) du sujet avec l'eau chez cette cardiaque oedémateuse ; il y aurait un débat (ou discours) avec la substance-eau, un débat avec le signifiant qui la marque et régit plus ou moins son métabolisme.

Retenons ici :

. Découverte
. Grave/pas grave ; aggravé-fatiguée/Odème/ EAU-D'AIME
. Arythmie/arrêt ; tomber ; coeur principal
. Souffle-au-coeur (entité) (pas de notion de bruit)
. Souffle-essoufflée-limitée-immobilisée/insignifiant/SIGNIFIANT

c - Dans l'observation n° 3

Nous retrouvons de façon identique la "découverte du souffle-au-coeur".

- La place des parents est aussi évoquée. Rôle qu'ils peuvent prendre, qu'ils ne prennent pas dans cette histoire, peut-être aussi celui qu'ils prennent. "Tomber malade" Il leur reproche de ne pas l'avoir fait opérer. Le malade parle de sa majorité comme date de délivrance mais en fait, ne se fait pas opérer, passant à l'acte à moultes reprises. Remarquons aussi le : "J'ai fait le souffle au coeur". La découverte prenant valeur d'acte. "J'ai fait le souffle au coeur" ; "J'ai fait des bêtises" ; "Se faire opérer" etc... où l'actif se mêle à une transgression, transgression d'une limite corporelle, voire légale.

D'ailleurs, "Le souffle-au-coeur", "çà vient de la maladie qui s'aggrave et empêche de respirer" ; "çà essouffle, çà empêche de respirer, çà fatigue". Le malade donne alors une longue liste de limites, de précautions à prendre, de mises en garde pour en finir par "çà me réduit beaucoup" et "même dans les rapports sexuels" "çà me travaille". Et tout celà fait que le Docteur BLANC avait interdit le mariage. L'interdit avait été transgressé et nous n'irons pas jusqu'à dire (et pourtant nous sommes tentés) que cette transgression a joué dans l'echec de la vie conjugale.

- L'insuffisance aortique, c'est le rétrecissement des vulves... nous avons déjà repris ce qui est dit à ce sujet dans la rubrique : corps comme contenant. Et il nous paraît plus intéressant d'insister ici sur : "c'est une malformation" (MAL-FORMATION). "Le souffle vient de l'aggravation" donc état et non bruit.

- Nous remarquerons par ailleurs que vulve n'a pas été repris au cours de l'entretien. Il semble pourtant que ce terme soit la porte ouverte aux fantasmes. Avons-nous eu peur du vide, du trou auquel il est peut-être associé, au manque, à la mal-formation, à la bisexualité fondamentale de l'être, au manque à être, avec tout ce que ces signes peuvent faire vibrer en chacun de nous.

Nous y insisterons aussi pour bien préciser que si la collecte des signifiants part de la fréquence avec laquelle ils sont retrouvés dans les diverses observations (vulve n'a jamais été entendu ailleurs que dans cette dernière observation) il ne faut pas pour autant oublier la va-

leur que prend le signifiant en tant que personnel. (signalons que c'est le seul malade qui a répondu à notre projet, à savoir, une rencontre au début de son séjour et un nouvel entretien à la fin de celui-ci. Lors de ce second entretien, il s'était relativement "étendu" sur la personnalité de sa mère qu'il traitait de "putain").

Nous retiendrons par conséquent :

- Notion de découverte... les parents/passage à l'acte/acte chirurgical
- Grave - pas grave aggravation/s'aggraver ce qui réduit, fatigue
- Souffle-au-coeur (comme entité plus que bruit)/ acting/mal-formation
- Souffle-essoufflé... pas respirer...
- Mal formation.../valvule, vulve/manque, trou.

d - Au sein de l'observation n° 4, reprenons :

- chez les parents... découverte d'un souffle-au-coeur :"Il parlait avec mes parents": une scène dont il semble mis à l'écart. Soulignons d'ailleurs que ce propos semble soigneusement mis à l'écart par nous-même et nous passons aussi au

- souffle au coeur : "peut-être que le coeur qui bat plus vite ou moins vite". C'est aussi peut-être "une prise d'aire" (essoufflé - prendre l'air) et "le sang doit s'arrêter et çà fait un peu d'air dans les artères". Un rythme, un bruit semblent ici évoqués mais il ajoute :

- "Il y a une malformation à la naissance" ; "çà venait de la naissance" où le "de" pourrait être pris au sens latin, rejoignant là quelque chose d'un fantasme originaire.

- L'inquiétude et la limitation apparaîssent aussi avec même possibilité d'avoir à arrêter le travail... prendre des malaises... couper la respiration. Nous noterons au sujet de ces deux dernières phrases la notion d'activité comprise dans "prendre des malaises". Nous avons dé-

jà relevé : "Faire un souffle" ou encore "J'ai fait un malaise" comme symbolisation d'un passage à l'acte avant que l'acte ne survienne : "couper la respiration".

- Principal intérêt porté sur le cathétérisme, les sondes et les docteurs écoutent.

Nous retiendrons là encore :

. découverte... parents/parenté/acting (prendre des malaises)
. s'aggraver... souffle-essoufflé... tomber... troubles du rythme
. de naissance/malformation/MAL-FORMATION (le médecin du travail voulait l'arrêter).

e - Concernant ce sujet, nous considérerons maintenant pour finir l'observation nº 5 qui nous était apparue particulièrement explicite :

. Découverte d'un souffle... parents (qui ne veulent pas le faire opérer) une de chez nous y était restée.
. "malformation" : "c'est de naissance"
. souffle-au-coeur ; souffle-essoufflé ; inquiet ; diminué ; anormal ; pas comme les autres.

- Retenons aussi les passages à l'acte nombreux dans les antécédents et leur recrudescence à partir du moment où on commence à réactualiser les problèmes que peuvent poser l'existence de ce souffle au coeur.

Nous retrouvons donc là encore le thème de la "découverte" et passant rapidement sur cette entité que semble être "le souffle-au-coeur" (qui semble d'ailleurs être plus souvent précisée par des caractères propres à un rythme, que par ceux que pourrait présenter un bruit). Nous pointerons plutôt le signifiant malformation. Ici peut-être phantasme de double coeur avec une "communication", double coeur au lieu d'un coeur, un vrai, un normal UN seul. Ceci indiquant quelque chose de l'ordre du morcellement ou d'un trouble de l'identité s'établissant à partir du shéma corporel phantasmatique. Toute la pro-

blématique en rapport avec la parenté avait été considérée après un entretien que le patient avait eu avec un interne en présence d'un psychanalyste : père absent, mauvais père, beau père... Problème de la naissance et scène primitive pointaient aussi de partout. Un fait nous semblait particulièrement intéressant : l'angoisse de castration ("je suis content, mais ce qui m'a gêné, c'est que j'ai perdu aussi un testicule... j'ai eu peur tout de suite après que çà me laisse impuissant") avait remplacé semblet-il une angoisse de mort ("coeur malformé de naissance... coeur dédoublé... risque d'arrêt du coeur"... mort d'un arrêt du coeur disent certains).

Au sujet d'angoisse de mort, nous rappellerons ici le rêve-cauchemar repris à l'observation n° 7. "Sortie de l'hôpital, je suis avec les morts, on me ferme la porte à clé, c'est affreux, j'entends parler les gens, j'ai peur, ils viennent me chercher... mon gosse se noie, c'est terrible, que des accidents".

Il semble là intéressant de signaler combien il est possible de retenir la notion de mal-formation ; formation-scène primitive ; souffle court ; souffle-au-coeur ; souffle-coupé suffoqué et peut-être, pourquoi pas, parents-parents essoufflés... C'est ici que nous rapporterions : "mes parents ne voulaient pas, une de chez nous y était restée" rencontre de la vie et de la mort. Désir des parents outre passé dans la décision opératoire. Désir de l'Autre, problème de la Loi, de sa transgression, de la culpabilité.

D'autre part, bien que nous y reviendrons plus tard, nous pouvons déjà aborder, à partir de cette dernière observation en particulier, la notion de spéculaire-non spéculaire, corps phantasmé-corps phantasmatique shéma corporel.

Enfin, certains nous signalaient la particulière fréquence avec laquelle on rencontre l'acting out dans les observations de valvulopathie. Il nous semble intéressant de le retenir et une étude à ce sujet vaudrait peut-être la peine. Quoiqu'il en soit, nous avons présenté pour notre part deux observations de ce genre (3 et 5). Nous pour-

rions ajouter à ce sujet celle du film de Louis MALLE "Le souffle au coeur" dont nous ne dirons rien de plus sinon que le jeune homme en question passe pour le moins à l'acte... Le médecin survenant comme autre, comme objet, mettant le patient devant un manque mais permettant aussi une certaine symbolisation ("nomination, dénommé").

f - La collecte générale des signifiants pourrait être la suivante :

. découverte... des parents/acte/désir des parents
. souffle essoufflé
. formation mal-formation ; de naissance ; limité
. souffle-au-coeur... (quelque chose lié au rythme).

Mais laissons-nous aller :

souffle, souffle au coeur, souffle au corps, à bout de souffle, deuxième souffle, rythme.

au coeur, atout coeur, coeur d'artichaud, courrier du coeur, le cri du coeur, le premier cri.

mal au coeur (tristesse, malaise), j'ai pris mal au coeur (envie de vomir), je t'ai porté dans mon coeur, dans mon sein, dans ma poitrine.

parents, loi, procréation.

Le souffle est au coeur ce que le cri est à la procréation ; passivité évoquant le "à l'insu de" et coeur comme receptacle (utérin) d(es)'souffle(s) des parents qui mettent en acte leur rythme, la formation de leur mal, de leur manque à être.

J'ai fait un souffle évoque donc la rencontre de l'activité fécondatrice et de la passivité en receptacle. Je l'ai reçu (mal formation) il s'est fait à l'insu de moi, mais je l'ai porté en moi, je l'ai fait. Paroles d'une fécondation, d'une grossesse, et chemin qui va du "j'ai fait un enfant" au "je me suis fait faire un enfant".

D - Comme en appendice aux signifiants, souffle-essouffler, nous collecterons les observations 8, 15, 16, 17 autour de la notion d'essoufflement sous tendant les deux entités : Insuffisance cardiaque, Insuffisance respiratoire.

a - Pour ce qui est de l'observation nº 8

Le malade commence en effet par raconter toute son histoire personnelle par le rappel de la série des 11 ou 12 pneumothorax (il ne sait même plus). Quoiqu'il en soit, parmi tous les problèmes que cela a pu lui poser, nous retiendrons avant tout :

"L'effort... même dans mon métier, j'ai toujours fait marcher la tête avant les bras ; il fallait bien trouver des moyens".

Donc . effort/pas d'effort/diminué
. actif/pas actif
. moyens - artifices...
. l'acte, la limite à trouver/actif/inactif/puissance/impuissance - impui sens

b - Dans l'observation nº 15

- En premier lieu, le malade commence à parler de son essoufflement : "on n'a pas son souffle, il faut s'arrêter dans les escaliers ; un effort répété ne coûtant rien quand on est normal et bien là, on n'en fait que la moitié ou le tiers ; physiquement on est diminué, pour aller à pied, porter un poids, un travail physique soutenu, nager, manger ; pour tout. On croit qu'on peut, en fait, on n'a plus de réaction, les muscles ne veulent plus travailler".

- "Quand il y a plus d'aération, c'est le coeur qui prend..."

"Votre médecin avait dit, ne forcez pas, le coeur va prendre, il faut qu'il fournisse les efforts que les poumons peuvent pas faire, y tappe ; le souffle raccourcit. Le coeur subit l'effort... Le coeur bat trop vite à cause de l'effort que les poumons font rien".

Donc . effort/pas effort/diminution
. pas forcer - actif - pas actif
. coeur/poumons aération du coeur - coeur moteur

c - L'observation n° 16

- Nous y avons déjà retiré les signifiants souffle-essoufflé

- Nous ne ferons ici que relever la notion relativement banale retrouvée dans une multitude d'observations de coeur moteur.

- Essoufflée : "Le moteur tourne plus rond" ; insuffisance cardiaque : insuffisance hépatique, le coeur fonctionne pas normalement..."

d - Par contre, nous nous arrêterons particulièrement sur la magnifique observation n° 17

En reprenant ici toute la partie (1) qu'il serait trop long de réciter ici, puisque l'observation a déjà été présentée, nous remarquerons :

+ Tout le système de contrôle, d'artifices, de moyens, de procédés afin de vivre encore tous ces instants de "presque comme à la mort" ; "la mort, çà doit pas être autre chose".

Nous pouvons même ici avancer (et ceci était paru particulièrement flagrant à l'équipe soignante restée stupéfaite par l'attitude de la malade) que celle-ci en arrivait à une jouissance de cet état particulier. Nous entendrons ici le mot sous sa double définition : jouissance sexuelle et jouissance de biens... Evoquons une phrase étonnante écrite par un médecin parisien M. RENAUD dans les années 20 "Il y a deux sortes de maladies, les maladies accidentelles et les maladies nécessaires".

+ Cette notion d'hypercontrôle, nous la retrouvons bien sûr aussi particulièrement dans l'observation 8, mais elle a été rencontrée encore tout particulièrement chez certains malades au décours d'accidents type embolie pulmonaire, pleurésie, tuberculose mais encore et surtout Infarctus. Mais nous y voyons aussi très fréquemment la notion d'un flirt avec la transgression, le dépassement d'une limite comme épreuve de force, de vérité.

e - Nous reprendrons, comme conclusion de cet appendice, la collecte des signifiants qui nous semblent intéressants à relever :

. souffle-essoufflé... ne pas souffler. Nous y ajouterons de nôtre côté : à bout de souffle... la mort au bout du souffle. Trouver son souffle... le deuxième souffle comme pour trouver son rythme.

. Et nous aboutissons à : contrôler-procédés...

E - Nous avons regroupé enfin, les observations 1, 2, 13, 14, 15, 16 autour de l'entité INFARCTUS qui représente d'ailleurs la base de ce travail, puisque c'est à ce genre de malade que nous avions le plus souvent à faire.

a - L'observation nº 9

Infractus, qu'en dire, c'est dit d'emblée.

D'abord c'est la deuxième : une infractus (peut-on ajouter : une infraction, une effraction, une fracture).

"C'est les artères coronaires" (décrivant comme un trajet à la surface de sa poitrine" faisant référence à ce qui est connu, ce qui est entendu (information), ce qui est vu, visible.

"Le sang, il doit être ni trop épais, ni trop fluide"... "on étouffe quoi puisqu'il y a plus de passage dans les artères et quand on étouffe, çà vient du coeur". Nous avons vu déjà transparaître ce principe (psycho) dynamique dans "le corps comme contenant".

Nous commencerons donc par relever ici principalement INFRACTUS, ainsi que la notion de trajet des coronaires. Nous en retiendrons donc à ce sujet quelque chose de bien vague, dénommé avec incertitude. Retenons aussi paralysé comme dans l'attaque.

b - L'observation nº 10

J'ai tout de suite pensé que c'était l'infractus. C'est dans cette observation que nous est apparu le plus probant ce signifiant. En effet, ce malade donc hospitalisé pour la 4e fois semblait avoir pas mal réfléchi aux raisons des accidents (répétés) qui l'avaient amené dans le service. Tout au long de l'entretien, il ne parlait que d'infarctus. Ce n'est que la première fois qu'il prononce le mot "infractus". Celui-ci prenait alors valeur de lapsus : reprenant à la fin de l'entretien le fait qu'il ait donc dit infractus, il semble très étonné : "tiens, dit-il, cela m'étonne, car je sais qu'il s'agit d'infarctus et non d'infractus : c'est peut-être à cause des fractures, dit-il encore... d'ailleurs, c'est une fracture des vaisseaux coronaires, y en a des mortels et d'autres pas et

dans ces derniers, le sang arrive quand même à cheminer par d'autres vaisseaux".

Aussi retiendrons nous encore là, la notion de trajet, trajet vague, trajet fracturé mais laissant comme une trace par laquelle le sang peut quand même se faufiler. Donc notion de trajet plus que de vaisseaux coronaires. Cependant, quant à ces vaisseaux, ils ne sont précisés que par le sang qui y circule : "l'infarctus c'est le sang"

Ce malade nous était aussi apparu particulièrement intéressant quant à ce qu'il disait de la notion de malaise. "Le malaise", il le qualifiait bien sûr par des adjectifs, des verbes, des locutions, mais nous étions surpris en fait par l'impossibilité de dire ce qu'il se passe réellement. Comme une situation, un état innommable qui fait qu'on préférerait presque une piqure ou la mort comme pour savoir au moins par là de quoi il s'agit. Malaise, mal à l'aise... nous paraît donc aussi à retenir étant donné le nombre de fois que ce signifiant est rencontré, mais surtout le vague dans lequel il laisse tout d'un coup. NOus relèverons dans la même foulée l'attaque.

La fracture qui le réduit nous évoque aussi la mise en évidence du côté passif de l'être, de son manque ; bisexualité transparaissant peut-être quand le malade dit : "ma femme portait la valise ; çà me faisait honte".

c - Dans l'observation nº 11

- Retenons là encore immédiatement la notion de "malaise" avec tout ce que nous avons pu déjà en dire ou plutôt..... pu ne pas en dire : "je peux pas vous dire à quoi j'ai pensé... Je pensais à rien". L'innommable ce qui n'a pas accès au symbolique. Ce qu'il y a de net c'est qu'il l'a fait comme si "çà" n'a pas fait mais bien lui.

- "Une veine qui s'était rompue au coeur". Il s'agit encore d'une histoire de vaisseaux qui craque (une veine qui s'était rompue... une veine qui s'était rompue au coeur).

- Nous n'insisterons pas non plus sur la notion retrouvée dans plusieurs cas de "se trouver diminué". Nous avons abordé ailleurs ce problème qui l'avait été plus profondément dans la thèse du Docteur MARITAN. "Mais on est quand même diminué" et çà commence d'ailleurs par les "soins attentifs". Le verdict sera peut-être d'être à toujours "prisonnier" de son corps ou dans son corps. D'autre part, "je ferais plus attention" "prisonnier" évoque l'effraction impossible. Cette captivité nous permet de passer à l'observation suivante (les deux malades étaient dans la même chambre et avaient été vécus par nous comme jumeaux).

d - Au sujet de l'observation n° 12

- Nous retrouvons au début de l'observation certains thèmes que nous avons repris au sujet de l'angine de poitrine par exemple.

- "Un petit caillot de sang dans le coeur, qui circulait plus ou moins bien. La notion de caillot, de mauvaise circulation dans des vaisseaux, nous avons vu comme cette notion semble sourdre de toutes les observations ; on se demande cependant, qu'est-ce qu'il en est de l'apprentissage social (télévision, radio, "coronaires", "sang pas assez fluide", coagulants) ici "caillot", "rendre le sang plus fluide avec le sérum". A signaler à ce sujet que dans les observations nous retrouvons par ce biais la notion d'attaque (accident vasculaire cérébral).

- Le malaise (par cette attaque) ici encore, notons le, fait dire au malade "qu'est-ce qui m'arrive ?"

e - La collecte générale : au malaise innommable, inqualifiable, nous n'ajouterons comme pointage que la valeur (typographique) de

$$\left\{\begin{array}{c} \text{inFARctus} \\ \text{inFRActus} \end{array}\right\}$$

où si le fantasme semble se tourner vers le Sens, ce dernier semble aller cependant au Signe.

$\tilde{\varepsilon}$ F$_2$ R K t y s

$\tilde{\varepsilon}$ F R $_2$ K t y s

FaR est moins difficile à prononcer que FRa et infractus moins difficile à prononcer que infarctus. En effet, le phonème RKt est plus difficile à prononcer que l'association des deux phonèmes FR puis Kt.

Mais farct où l'on voit la succession de 3 consonnes pose une véritable difficulté articulatoire (nous signalerons d'ailleurs à ce sujet l'élision pratiquée fréquemment par les médecins eux-mêmes, à savoir, infartus ; infar-tue) et le problème d'une incontestable facilitation phonétique dans la transformation en fract où l'on ne voit plus la succession que de deux consonnes. La transformation d'infarctus en infractus correspond donc à une métathèse, par déplacement d'un phonème. Nous soulignerons plus loin que ce processus linguistique sous tend un fantasme.

Ce phénomène est retrouvé fréquemment dans le syndrôme de désintégration phonétique que l'on retrouve dans de nombreux cas d'aphasie. Nous rapporterons seulement l'exemple d'un adolescent de 17 ans, suivi par une orthophoniste à la suite d'un important traumatisme cranien suivi d'une aphasie : nous avons essayé de faire prononcer par ce patient "infarctus", jamais il n'a pu y arriver, prononçant à chaque fois "infractus". Même à la lecture d'infarctus il prononçait "infractus". Nous apporterons pour finir ce paragraphe un autre exemple de la langue française, à savoir la prononciation d'"Océan Arctique".

Il est prouvé que parmi des poèmes appartenant à deux populations sémantiques différentes (poèmes belliqueux d'une part, poèmes idylliques d'autre part) on retrouve une forte association des R à la violence.

De même, Pierre LOTE aurait insisté sur le fait que la haute fréquence des R dans les scènes d'amour d'Hernani reflète l'exaltation du désir (7 bis) et Mallarmé aurait retrouvé dans le R "la prise de l'objet désiré par le L" (lettre L semblant impuissante à exprimer autre chose qu'une appétition point suivie de résultat, la lenteur, la stagnation, le liquide).

Dans le même sens, nous signalerons que I. HOLLOS considère le R comme un son érectil, un son phallique, un représentant de la pulsion génitale masculine (7 bis), et nous apprend que le R apical est le son acquis en dernier

lieu, achevait l'apprentissage du langage au niveau phonétique et ceci à l'âge de 4 à 6, c'est-à-dire pendant la période génitale qui représente elle, l'achèvement et la synthèse des pulsions partielles. Nous rapporterons encore le cas d'un petit garçon qui cherchait à surmonter sa crainte de castration en développant des traits de caractère féminins, maintenant le L comme substitut du R apical jusqu'à l'âge de 6 ans. Nous finirons en signalant que les "beautés acoustiques L ; R" sont les phonèmes qui tombent le plus vite au cours des dégâts de l'émisphère majeure.

Discutant avec une orthophoniste de ce problème à savoir qu'est-ce que celà lui évoquait de la transformation infarctus-infractus, le premier titre orthophonique qui venait à l'esprit de l'interlocutrice était "réduction de mot".

C'est par ce biais que nous en arriverons quand même à un aperçu du phantasme, ou des phantasmes que sous-tend la métathèse : castration symbolique, fracture, transgression, effraction, infraction, infarci, farci, se farcir, punition, mythe, colère et foudre des Dieux. Infarctus devenant par le jeu de l'inconscient, signifiant d'une injection de sens (l'infarctus du discours médical comme syndrôme ou symptème) et repère du trajet qui va du sens (signification) au signe (symptème). L'action dans "j'ai fait une infractus" rejoignant l'action du "j'ai fait un signe" ou encore "se signer" à entendre comme signe a-dieu ou signe dé(s) Dieu(x), enfin signature évoquant le nom du père et les tables de la Loi.

III - DERRIERE LE MIROIR

A partir de ce dernier exemple "signifiant" (infarctus)

a - Nous nous arrêterons bien sûr d'une part sur la notion de "spéculaire", de ce qui est de la situation spéculaire dans la relation médecin malade, soignant soigné, consultant consulté ; tout du moins dans ce qu'elle a trait à la notion de désir ; désir du désir ; désir d'être aimé (investissement de l'image spéculaire) ; vouloir être aimé ou se proposer comme aimable comme moyen de satisfaire au désir : aimer. Substitution de l'amant à l'aimé qui pour LACAN est le ressort du transfert positif.

"Mais l'essentiel est que ce rapport d'amour qui lie le sujet à sa propre image et qui médiatise ses rapports à ses objets est lui même un rapport médiatisé par l'amour que lui témoigne ou témoigna un autre réel ; ce que LACAN illustre en invoquant le geste de l'enfant qui se retourne vers la personne qui le soutient devant le miroir comme pour recevoir d'elle un signe qui entérine cette image qu'il a lui même à entériner comme sienne". (SAFOUAN 27)

Il semble que de par la maladie, le patient se retrouve dans une situation où il est dépossédé de toute référence directe à son propre corps pour ne plus faire appel qu'à un autre corps ou corps médical.

Le texte de LACAN stade du miroir ou stade formateur de la fonction du Je nous évoque deux problèmes :

= celui qu'au sujet de la rencontre, de l'entretien certains analystes ont pu appeler "communication des inconscients" ;

= celui de l'emploi incontestable (lors des entretiens) par le malade du Je que nous vivons là comme sous-tendu d'interrogation qui suis-je/je suis ; je suis vivant/je suis mortel ; je suis là/où serais-je question à laquelle une réponse est donnée par le Savoir médical, du méde-

cin ou tout au moins contenu dans les signifiants du discours médical. C'est à Ginette RAIMBAULT, nous le verrons, que nous devons la notion d'existence d'UN discours ressortant. Nous insisterons donc sur la notion d'unité ou d'unification etc... par le biais d'un discours.

Nous avons présenté dans ce travail quelques observations, quelques entretiens dont nous avons pu lire le compte rendu :

- Avons nous eu affaire à des malades habituellement dits "psychosomatiques", à la structure psychosomatique. La question peut bien sûr être posée tout comme celle : "Est-ce que la psychosomatique existe ?" Quoiqu'il en soit, l'idée de départ émannait de médecins fonctionnant au sein d'une consultation qui était dite "de psychosomatique". Nous avons déjà à ce sujet fait référence à la notion de "fantasme psychosomatique" telle qu'elle est abordée par les Docteurs MARITAN et SASSOLAS. Tout ce que nous pouvons au moins dire, c'est que ces malades nous ont parlé là, de (à partir de) leurs corps.

- Nous insisterons davantage sur le problème de "l'injection de sens" qui semble avoir quoiqu'il en soit fonctionné :

De par notre statut, notre fonction :

. pour un certain nombre des patients que nous avons présentés l'entretien répondait à la question que nous avons citée plus haut : "y a-t-il un malade pour nous ?" Nous y voyons d'ailleurs à la fois une demande et une réponse, une question et une réponse ; mais réponse à une demande prenant un certain sens émanant autant des cardiologues, des médecins, des médecins-psychologues que des psychosomaticiens.

. Pour les autres observations présentées il s'agissait alors de notre seule demande, répondant au désir, pour ne pas dire au besoin que nous avions de mener à bout cette étude.

. Dans l'un ou l'autre des deux cas, il apparaît qu'avant même que nous écoutions, que nous parlions, que nous posions nos questions, il y ait eu injection de sens.

Le sommum fut certainement atteint lors de la collecte de certains signifiants et pas d'autres.

- Nous avons fait un bout de chemin, avec certains patients qui un jour avaient vécu une certaine intervention : "Vous avez un souffle" par exemple. Ce diagnostic donnant dès lors un certain sens à la vie du patient, du fait même que la vérité vient toujours de l'autre, de l'objet, en l'occurence le médecin dont on aperçoit au passage tout le jeu de rôle dans lequel il intervient à côté des parents. Nous avons aperçu parallèlement la mise en scène de ce qui se passe qu'une fois, à savoir la naissance, appendice de la procréation.

- Nous avons donc écouté, noté, oublié mais aussi orienté, dirigé dans un certain sens, à partir peut-être de notre désir de médecin ; ce désir qui peut-être a permis à certains d'expliquer aux médecins ce qu'il en est de la relation entre le psychisme et le corps, n'engrossant ainsi la médecine que de vent en lui faisant un enfant qui n'est qu'imaginaire, à savoir, la médecine psychosomatique, celle-ci s'avérant bien devoir n'être qu'une strate imperméable ajoutée en plus aux défenses médicales, face à la donnée scientifique que l'inconscient en tant qu'instance du corps existe, ex-siste bel et bien. Si la démarche balintienne a permis à certains médecins de bouleverser leur relation traditionnelle au savoir (médical), savoir que la tradition fait remonter aux dieux, nous insisterons surtout sur le fait que c'est quand même au médecin que de tout temps il a été impérativement dévolu d'oser transgresser certains tabous inviolables, tabous incestueux bien sûr (approche par son propre corps, du corps de <u>son</u> patient, nous renvoyant au chapitre "la psychosomatique, un corps à corps). Nous parlions plus haut de la transgression de la LOI, et nous voyons qu'un flirt avec elle ne nous est pas epargné.

C'est ainsi qu'il nous a semblé de ce fait, important de se tourner le plus possible du côté du point de vue économique, du côté de l'energie pulsionnelle, relationnelle liée au monde du signifiant.

Reviviscence inconsciente d'une relation interdite, miroir de notre propre impuissance, souligné de la mise en échec par la réalité physique de la mort évoquant bien

quelque chose de l'ordre du désir alors que le désir du médecin est justement de n'en pas avoir. Il suffit de se rappeler qu'Hippocrate interdisait d'avoir le moindre désir à l'égard des malades. Volonté d'impuissance alors ! ou désir perdant du fait qu'il joue à un niveau certainement bien plus infra ou supro oedipien (au niveau de l'objet a).

b - Partant encore de ce qui est de l'ordre du spéculaire, de l'image du corps, de l'entité à laquelle nous avons pu rapporter les signifiants fracture et effraction, référence plus ou moins directement possible au corps propre ; à laquelle nous avons pu aussi rapporter les signifiants souffle-essoufflé (le sens que nous avons alors pris était rappelons-le celui qui menait à la scène primitive, au point de rencontre de la naissance et de la mort, quoiqu'il en soit à ce qui ne peut être vécu qu'une seule fois, ce qui évoque "le vécu avant, ce qu'il y avait avant, ce au sujet de quoi il ne peut rien être dit ; en fait le réel, l'innommé, l'innommable".

Nous en arrivons à ce qui est du registre du non spéculaire. Par exemple dans la crise, attaque. Nous renvoyons là au signifiant infractus-infraction.

S'il ne nous a pas été très facile de prendre à la lettre, ce problème de la fracture, de la béance, de ce trou, de ce manque, de cette brèche narcissique amenée par le diagnostic, par la crise, par le symptôme, par le simptème, brèche narcissique dont la castration est le plus noble représentant ("la vulve intérieure" aurait pu peut-être donner lieu à des associations intéressantes mais n'a pas été repris). Ce qui nous conduit immanquablement à la différence du vécu de la castration par l'homme et la femme. (nous voulons parler ici de castration symbolique), mais aussi et surtout à la bisexualité de chacun de nous ; ceci pour FRActure. N'oublions pas pour autant que dans le paradigme de inFRActus il y a aussi l'inFRAction, soit le problème de la LOI, de sa TRANSGRESSION et de la CULPABILITE. Nous avions déjà pointé cela dans le chapitre sur la notion de souffle, quant à l'opération que celle-ci indiquait.

Il est encore moins facile de se confronter au "non nommé", et nous écouterons pour celà encore SAFOUAN (27)

"L'investissement de l'image spéculaire constitue un temps fondamental dans la relation imaginaire parœequ'il rencontre une limite ou une cassure : celle qui se marque en ce qu'une partie du corps n'apparaît pas sur cette image ou y apparaît manquante. Cette partie correspond à ce qui du corps propre, comme réservoir libidinal, ne se laisse pas transvaser à l'image du corps et de là l'objet, mais s'enfonce dans l'auto érotisme, lequel ne veut pas dire amour de soi, mais au contraire : que le sujet manque à lui-même de part en part".

"La partie qui ne se retrouve pas sur l'image spéculaire est ce qu'on trouve dans le fantasme. Au "je" de l'énoncé correspond le fantasme sur le plan de l'énonciation".

Ces deux remarques nous renvoient à plusieurs points :

. Celui du registre psychotique ou crise d'identité ou noyau psychotique retrouvé dans les observations ; nous insisterons sur l'observation du patient n° 5 dont un analyste dit qu'il est au bord de la psychose.

. A la remarque de Valabréga dans son article sur introduction du concept de conversion psychosomatique dans la nosographie et la théorie psychanalytique. (30)

"Dans la symptomatologie conversionnelle (psychosomatique) le patient se comporte somatiquement selon une anatomie et une physiologie phantasmatique".

"Je crois pouvoir dire qu'un thème hyponchondriaque fait régulièrement partie de la structure de conversion psychosomatique".

= A ce que dit LECLAIRE (18) : "Il est une première hypothèse qui consisterait à situer dans le monde des premières gestalts relationnelles signifiantes qui humanisent le corps de l'enfant (et qui correspondant aux stades libidinaux freudiens) des moments de non structuration qui laisseraient des appareils fonctionnels exclus d'un niveau de symbolisation lors de la rencontre du signifiant et de l'organique. Dans cette perspective, le

symptôme psychosomatique serait plus proche de la psychose que de la névrose..."

= A la notion de shéma corporel, fantasmatique, au non nommé, et nous citerons ici la phrase bien connue de LACAN : "Ce qui n'a pas accès au symbolique apparaît dans le réel".

= A l'idée de F. PERRIER, et nous nous permettrons de citer ici, ce qui, nous pensons, fut le fond de sa pensée lors d'une conférence traitant et "l'analytique et le corporel" (25) :

Partant de la notion de l'introduction au narcissisme l'auteur pointait qu'elle est un des tournants de la théorie freudienne, puisqu'amenant la deuxième topique et la pulsion de mort. Il signalait aussi, comme en a parté, que la littérature sur le corps, ou une certaine condition de l'écriture actuelle qui nous amène du côté de Philippe SALERS ou du côté de la théorie de LECLERC, aborde la théorie du corps à la lettre et de la lettre au corps (partant de ce que dit LACAN, à savoir que l'inconscient est structuré comme un langage, discours de l'Autre, où le "DE" est à prendre au sens de venant de). Il posait aussi la question : Dans quelle mesure le corps serait-il le lieu d'une inscription, d'une lettre, ou d'un signifiant qui en ferait en quelque sorte l'ardoise de toutes les craies blanches ou de couleur qui reproduirait la symbolique de l'être, du sujet, du désir, référant à une sémiologie du corps psychotique, dépsychotisé. (l'auteur rappellait à ce propos le texte de BAUDRIARD sur le charnier de signes qui pose d'ailleurs le problème de la psychose : "Le signe est un texte décharné"). Corps fétiche, corps marxiste, corps freudien, il y aurait peut-être bien une idéologie du corps qui viendrait à la fois du politique, du social, de l'idéologique comme écran, positivation du corps propre et nouveau lieu positivé de ce que deviendrait l'inconscient une fois dans le corps. Le corps devenant le lieu des signes, une fois qu'on prend la lettre au corps et le corps à la lettre et que l'on confond éventuellement la lettre et le signifiant.

= Enfin et surtout à nos observations :

. dans lesquelles nous avons croisé le "rien à dire" au sujet des "malaises", ce qui n'aurait accès à aucun système symbolique.

. c'est ce que nous rapporterions au corps phantasmatique, au shéma corporel. Nous pourrions là rapprocher le discours de Monsieur le Docteur RACAMIER concernant ce qu'il dénomme les "psychoses physiologiques".

. enfin à ce sujet, nous reprendrons en particulier l'observation n° 5 où l'entretien entre le malade et l'interne qui s'en occupait, en présence d'un psychanalyste, avait abouti au diagnostic : "malade au bord de la psychose". Ce qui vient d'être dit pourrait par conséquent donner l'ouverture à une discussion même de ce diagnostic, nous donnerions comme argument principal la fréquence avec laquelle nous avons rencontré dans toutes nos observations le problème de l'identité ne serait-ce qu'au lieu du corps.

IV - L'ABOUTISSANT

1) Ce travail avait été entrepris dans le cadre d'une institution hospitalière classique. Nous nous étions posés comme tâche de réfléchir à la verbalisation des symptômes, des malaises, de la souffrance, mais aussi et surtout à l'évolution, au déplacement, de cette verbalisation du fait du séjour au sein d'une cellule institutionnelle, et de ce qu'elle pouvait apporter d'enseignement de par le côtoiement du patient avec le discours hospitalier-médical. Nous avions donc projeté de voir le malade à son arrivée dans un service (malade peu imbibé du "savoir médical" disions-nous) de faire une observation partant de ce premier entretien et de le rencontrer à nouveau au sein de notre consultation, alors qu'il avait passé quelque temps dans le service. Ce travail n'a semble-t-il pas été possible, ceci pour une foule de raisons (sur lesquelles d'ailleurs il serait peut-être bon de s'arrêter). Nous pouvons seulement dire pour l'instant qu'aucune de ces raisons n'était liée au hasard.

Ce qui nous vient aussi à l'esprit est encore la notion de désir : désir exprimé dans la question "y-a-t-il un malade pour nous ?", désir où le patient semble bien être pris comme l'objet d'un commerce, d'un échange et nous ferons là encore référence à l'article des Docteurs MARITAN C. et SASSOLAS G. : "LE FANTASME PSYCHOSOMATIQUE COMME ENJEU DE LA RELATION INTERNISTE-PSYCHOLOGUE". Désir de mener à bout un travail, désir pris entre le besoin, donc le manque, et la demande. Il semble apparaître ici l'image du manque ; demande et malade manquant. Nous avons par ailleurs déjà exprimé, quelle référence à l'inceste peut être évoquée à partir de cette demande de rapprochement de deux corps (où pour le coup ici tout ce qui est du contact physique est évité).

Deux corps - psycho-somatique - commerce
POTLATCH

2) Il aurait été aussi extrêmement intéressant de travailler au sein de la consultation elle-même, où nous fonctionnons à 3 (deux hommes et une femme) depuis quelque temps. L'un des 3 "médecins-psychologues" aurait pu alors relever les temps de la relation établie avec le patient mais aussi ceux des différents discours émanant et des soignants et des soignés. Nous aurions pu ainsi connoté signifiants des patients et signifiants des médecins. A ce sujet, nous évoquerons rapidement le travail de Madame G. RAIMBAULT ("Théorie et technique psychanalytique hors la pratique") (26)

Il s'agit donc d'une étude de la relation médecin-malade dans les maladies éventuellement mortelles de l'enfant ayant eu lieu dans un service spécialisé. Il s'avère que l'on prouve aux médecins l'existence du discours inconscient tenu par les malades et qu'ils tiennent eux-mêmes ou plutôt par lequel ils sont tenus. C'est par là que l'auteur amène la précision de sa place en tant qu'analyste dans un service d'un type apparent à celui dans lequel notre étude avait débuté. "On prouve aux psychanalystes que ce travail n'est pas une application de la psychanalyse à la médecine mais analyse pure, puisque pure analyse du discours". Après avoir rappelé que pour WINNICOTT la création de la catégorie psycho-somatique est en soi une réponse symptômatique à un certain type de demande de certains malades, que le symptôme n'est pas là où il est habituellement lu, c'est-à-dire chez le malade, mais dans la spécialité dite psychosomatique, consacrant par l'institution du trait d'union la barre entre psycho et soma, l'auteur en arrive à préciser la situation qui fut la nôtre pour un grand nombre de cas dont nous avons donné quelques observations :

"Si donc c'est bien de sa perception que le médecin tire son savoir, il n'en est plus ainsi dans cette médecine hyperspécialisée qui constitue son savoir et l'affirme toujours à partir du corps du malade, mais hors de le perception immédiate du médecin. Pour le médecin, ce corps médiateur dans son savoir, impliquait une relation directe entre savoir et science. Pour le malade ce corps était médiateur entre souffrant, s'il reste parlant, n'est plus médiateur direct. Le médecin en fait lire les données

par une autre grille que celle de sa perception. Malade exclu de la communication savoir-science, mais qui finirait cependant assez souvent par adhérer, complice au modèle de l'ensemble des médecins, image de la science".

Nous avons pour notre part vécu ces problèmes chez certains patients ayant eu affaire à "l'introduction des outils faisant franchir la barrière du visible à l'invisible, barrière de crédibilités" : G. RAIMBAULT (26). Nous signalerions à ce sujet les exemples où les malades avaient su divers examens hyperspécialisés (électrocardiogrammes, phonocardiogrammes, cathétérismes, coronarographies...). Tous ces examens faisant passer du "je crois ce que je perçois à un je crois parce que c'est garanti".(26)

C'est donc à partir de l'expérience retracée par Madame le Docteur G. RAIMBAULT, à savoir, enregistrement d'un entretien entre un médecin et la mère d'un enfant malade, qu'il nous était apparu particulièrement intéressant d'établir comme l'auteur une liste de mots qui avec leurs équivalents, apparaîssait comme signifiants de par leur lieu. Tout lecteur du texte émanant d'une consultation comme la nôtre serait alors en droit de parler de l'ex-sistence d'Un discours, ou discours à deux voix. "Il ne s'agirait plus seulement d'un échange, d'un dialogue médecin-malade où chaque énoncé serait analysé en référence à l'interlocuteur dont il est l'attribut, mais comme un texte unique, série questions-réponses dont les anonciateurs se permuttent". G. RAIMBAULT (26)

Cette unification de deux discours, l'ex-sistence d'Un discours, d'un couple psychosomaticien-malade psychosomatique, ou du couple psychosomaticien-symptôme psychosomatique nous amènent à la situation psychosomatique qui apparaît finalement bien à la façon d'un fantasme à 2 voix, digne de celui du couple sado-masochiste. Le symptôme psychosomatique qui en ressort nous rappelle combien depuis toujours il apparaît économique, et combien il se fait à l'insu de. Le point de vue économique du symptôme psychosomatique dans ce context d'unification médecin-malade (nous parlons ici des discours) nous évoque une dernière fois la pensée de G. DEVEREUX dans ses réflexions ethno-psychanalytiques sur la fatigue névrotique et la sublimation :

Faillite de la sublimation de l'agressivité, "La fatigue névrotique semble donc permettre au névrosé d'éviter les sentiments de culpabilité que déclencherait chez lui un travail ne représentant pas une véritable sublimation de son agressivité, mais seulement son acting out sous une forme déguisée. De plus, en tant que formation réactionnelle, elle permet la manifestation de l'agressivité inconsciente (sous la forme d'une agressivité passive) envers ceux que cette fatigue névrotique prive des bénéfices auxquels ils ont droit".

Nous serons pour notre part tentés de parler dès lors d'un PASSAGE A L'ACTE PSYCHOSOMATIQUE.

3) Quoiqu'il en soit :

a - Nous nous trouvons donc devant ce matériel incontestable qu'est une certaine collecte de signifiants. Ces derniers nous apparaissant en tant que tels de par la fréquence avec laquelle ils ont été rencontrés dans les différentes observations présentées, mais aussi dans d'autres qui les précédaient et qui avaient été la source de l'idée d'entreprendre un tel travail dans le cadre de la "consultation psychosomatique".

b - Tout le problème semble devenir : que faire de ce matériel ? Comment s'en servir ? Mais nous avancerons dès lors : surtout comment ne pas s'aliéner le discours qui est à l'origine des signifiants que nous relevons ? Nous nous appuirons là encore sur l'enseignement de LECLAIRE au sujet du champ psychosomatique (18) :

> "Du moment où le psychosomaticien, s'appuyant sur l'hypothèse d'un conditionnement émotionnel spécifique du trouble organique, interroge un patient, il tend d'emblée à répondre, pour le sujet malade à la question que celui-ci ne pose pas..."

"Cette psychologisation du trouble physique, telle qu'elle est induite par l'instauration du dialogue médecin-malade, est en quelque sorte irréversible. Le symptôme somatique une fois qu'il est chargé de sens, l'est pour toujours, et le devient rétroactivement depuis toujours". (+)

"On peut dire que les conditions opératoires de l'étude du symptôme psychosomatique sont telles qu'elles créent de toutes façons, de par les présupposés du médecin, une situation psycho-somatique". (+)

Donc problème du désir du malade dit psychosomatique et danger ou risque d'hystérisation de son discours par cooptation de celui qui écoute mais veut aussi parler puisque inclus dans la relation.

Nous évoquerions là aussi l'idée de DIAMANTIS, à savoir que la catégorie psychosomatique ne renverrait qu'au fantasme de pouvoir guérir.

C'est en continuant dans ce sens, que nous rencontrons l'attitude de celui qui pourrait être considéré comme le père de la psychosomatique, nous nommerons ici GRODDECQ. C'est au sujet de cet auteur, "interprétant" de toutes ses forces dans son "livre de çà", que LEMOINE rapportait l'observation de VALABREGA, c'est-à-dire que c'est en expliquant à son patient (souffrant d'une rectocolite ulcéro hémorragique) pourquoi il saignait, que celui-ci fut guéri de ses hémorragies. En quelque sorte : "Vous saignez parcequ'elle n'a pas saigné..."

A partir de notre collecte de signifiants nous sommes toujours tentés de remonter la chaîne de ceux-ci. Nous nous affronterions là, au passage, à tout ce que ces discours font de référence à ce que nous appelions plus haut "le non spéculaire" et par conséquent au "non nommé". Notre travail s'est arrêté là, et cette dernière direction envisagée, bien sûr possible, sans vouloir dire par là qu'elle serait facilement réalisable, nous permet :

(+) soulignés par nous.

- de souligner que si l'optique du champ psychosomatique semble se laisser focaliser ordinairement par le versant du sens (le mot étant pris ici dans ce qu'il fait de références à la signification) notre optique au sein de la consultation de psychologie médicale était celle du versant du signe comme concept (nous rappellerons ici les notions de symptôme, de symptème, de message chiffré, de version).

- de situer davantage l'orientation que nous avions prise au départ : travail sur la verbalisation des symptômes, étude de la clinique verbale dans une institution hospitalière, le signe, le mot, étant repris là encore (et peut-être dangereusement) avec la composante métaphorique qu'ils comprennent.

- d'envisager le problème de la place d'un psychanalyste au sein d'une institution hospitalière du type de celles dans lesquelles cette étude a été menée. Nous pensons pour notre part que Madame le Docteur G. RAIMBAULT a déjà tenté de répondre à cette question, posant d'ailleurs dans le même temps tout ce que son travail avait soulevé comme problèmes de réalisation.

- enfin, après avoir rappelé au lecteur la double acception du mot "sens", à savoir vecteur d'une part signification d'autre part, d'avancer notre position à savoir que :

. le patient lorsqu'il pose une question sur le sens de sa maladie ("qu'est-ce que çà veut dire, expliquez-moi") pose en fait une question sur les origines : "d'où çà vient ?" (abordant donc par là le problème du sens mais en posant un véritable problème vectoriel). A la limite, "qu'est-ce que j'ai fait au bon dieu ?" "qu'est-ce qui me tombe dessus ?" "qu'est-ce que ce signe qui vient du ciel comme présage ou comme punition ?". Nous voyons par là la référence au mythe, au fantasme originaire et à une situation de type analytique qui est pour le moins tentante.

. l'erreur, ou l'acting du psychosomaticien dans son travail (sublimation des pulsions) (nous parlerons même ici d'un forcing plus que d'une erreur) étant d'entendre

(et de répondre à) tout celà comme (à) une question que le patient pose sur la signification (signe-ification) soit de faire du (mauvais) psychanalysme !

CONCLUSIONS

Du Chaman au psychosomaticien il semble apparaître l'injection de sens au discours du patient. Tant qu'à s'adonner à ce qui est du registre du spéculaire, c'est vraiment là que l'injection se fait la plus incisive. C'est d'ailleurs à ce sujet que nous avons été à même de relever certains signifiants.

Mais le malade semble là plus ébranlé par ce qui en lui, si çà passe par le corps, n'est cependant pas exprimé (ce qui n'a pas accès au symbolique). La brèche narcissique semble donc à combler pour toujours, et il nous est apparu à ce sujet plus difficile d'injecter du sens, celui-ci devenant là plus que jamais le nôtre, avec toute la résonance qu'il émet en nous. Cette béance ouvrant sur la bisexualité de l'être, mais surtout sur le manque à être et donc le narcissisme. Aussi, aboutissons nous à l'unification de deux discours, même si le médecin ne parle pas puisque une fois introduit il est au moins une oreille. Nous avons même pour notre part été jusqu'à parler, poser des questions, donc donner un certain sens au discours, répondant certainement par là à notre propre désir ; c'est vraiment là qu'il est possible de dire qu'il s'agit du désir de l'Autre.

Nous insisterons cependant sur la double opposition que semblent souligner la démarche et le discours de ces patients dits psychosomatiques.

a - Opposition entre le registre spéculaire et le registre non spéculaire, posant immédiatement le problème de l'image transcendentale (du corps par exemple) et par là celui de l'Unification, de l'identité, de l'accès au structuré, et surtout au symbolique, enfin à la Loi.

b - Opposition entre Sens et Signe, mise en évidence par le jeu de l'inconscient structuré comme un langage. (Nous acceptons ici sens dans ses deux définitions : signification, vecteur, et signe dans la valeur métaphorique qu'il peut prendre tour à tour).

La situation psychosomatique est circonscrite par le chemin que le psychosomaticien (nous dirons plutôt le médecin psychologue) et le malade dit psychosomatique sont appelés à parcourir ensemble de par le jeu du "fantasme psychosomatique". Le chemin est aussi celui qui va du sens au signe.

La situation psychosomatique pourrait être représentée par la formule :

¿ SENS ⟸⟹ SIGNE ?

Cette dernière formule indiquée par le patient lui-même quant à la question qu'il pose et quant à celle qu'il ne pose pas. Le double sens est prévenu par celui du mot sens, et semble être la source de l'erreur commise par le dit psychosomaticien, à savoir son travail sur un problème de signification et non sur le signe, le mythe, le fantasme originaire qui est d'ailleurs le travail réel du chaman.

Le Président de la thèse

PROFESSEUR A. MARIN

Vu et Permis d'imprimer

Dijon, le 12.06.1974

Le Doyen
PROFESSEUR J.B. BOUHEY

BIBLIOGRAPHIE

(1) : ALEXANDER La médecine psychosomatique, trad. franc. par S. HORINSON et STERN paris 1967, Payot Edit. petite bibliothèque n° 11.

(2) A. ARTHAUD Antonin Arthaud, pas Georges Charbonnier, Seghers Edit.

(3) BAUDRIARD Le charnier de signes, revue Topique n° 9, 10. P. U. F. Edit.

(4) DEVEREUX G. Essais d'ethnopsychiatrie générale, NRF Gallimard Edit.

(5) FAIN M. Abord psychosomatique de l'hypertension artérielle dite essentielle. Rev. franc. de psychanalyse 1950, p. 367

(6)FAIN M. Regression et psychosomatique, Rev. Franc. de psychanalyse 1966, 30, 4, p. 451 et ss.

(7) MARTY P. Perspectives psychosomatiques sur la fonction des fantasmes, Rev. Franc. de psychanalyse 1964 28, 4 p. 609 et ss.

(7 bis) FONAGY I. Les bases pulsionnelles de la phonation, Rev. Franc. de psychanalyse 1970, 38 p. 101-137

(8) FREUD Inhibition symptôme et angoisse, bibliothèque de psychanalyse P.U.F. Edit.

(9) FREUD Etude sur l'hystérie, trad. A. Berman 1967 PUF Edit.

(10) GAUTHERET Rev. Topique Le sens du corps n° 9, 10 PUF Edit.

(11) GARMA L'intégration psychosomatique dans le traitement psychanalytique des maladies organiques. Rapport au 24e congrès des psychanalystes de langue romane Paris 1963 Rev. Franc. de psychanalyse 1964-1965 n° spécial p. 5 ss.

(12) R. JACOBSON Essais de linguistique générale, collection Points Seuil Edit.

(13) LACAN J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je 1949 Les Ecrits Paris 1966 Le Seuil Edit.

(14) LACAN J. La télévision coll. Le champ freudien Seuil Edit.

(15) LACAN J. Du traitement possible de la psychose Ecrits Seuil Edit.

(16) LAPLANTINE F. Ethnopsychiatrie psychothèque Editions Universitaires

(17) LAROUSSE Larousse XXe siècle

(18) LECLAIRE S., PERRIER F., ROSOLATO G. Revue de médecine psychosomatique II, 3, 46 à 50 1960

(19) MARTY P. Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique. Rev. Franc. de psychanalyse 1952 16, 3 p. 319 et ss.

(20) MARTY P. et DE M'UZAN M. L'investigation psychosomatique Paris 1963 PUF Edit.

(21) MARITAN C. Vivre sa mort de tous les jours Réflexions sur une consultation de psychosomatique (principalement de coronariens) à l'hôpital cardiologique. Thèse Lyon 1972

(22) MARITAN C. et SASSOLAS G. Le fantasme psychosomatique comme enjeu de la relation interniste-psychologue Rev. de psychologie médicale 1973, 5, 2 p. 315 et ss.

(23) DE M'UZAN M. Préliminaires critiques à la recherche psychosomatique Rev. Franc. de psychanalyse 1960 24, 1 p. 24 et ss.

(24) PERRIER F. Structure hystérique et dialogue analytique Confrontations psychiatriques n° 1 Spécia

(25) PERRIER F. Conférence inédite L'analytique et le corporel Lyon 1973

(26) RAIMBAULT G. et ZYGOURIS R. Théorie et technique hors de la pratique Lettres freudiennes EFP n° 9 p. 262 et ss.

(27) SAFOUAN M. Qu'est-ce que le structuralisme, le structuralisme en psychanalyse, la castration Le Seuil Edit.

(28) VALABREGA J. P. Problèmes de théorie psychosomatique EMC psychiatrie 37 400 C10

(29) VALABREGA J. P. Rev. Topique Le sens du corps nº 9, 10 PUF Edit.

(30) VALABREGA J. P. Rivista sperimentale di Freniatria Introduction aux concepts de conversion psychosomatique dans la nosographie et la théorie psychanalytiques Vol. LXXXIX Fasc. 1

(31) VALABREGA J. P. Désir et perversion : Le problème anthropologique du fantasme Edit. Seuil p. 163 et ss.

TABLE DES MATIERES

I - LA NOTION DE SYMPTOME..... 1

1) Définition..... 1
2) Le lieu géométrique du symptôme..... 1
3) Direction : la psychosomatique au bout du sens de. l'inversion..... 3

a - La psychosomatique dans son contexte historique..... 3

- Les physiologistes..... 3

Pavlov..... 3
Canon..... 3
Selye..... 3

- Les caractérologues..... 4
- Alexander..... 4
- Les psychanalystes..... 4

M. Klein..... 4
Freud..... 4
Valabrega..... 4

- L'école parisienne..... 5

b - Le fantasme..... 5

4) Psychosomatique un corps à corps..... 5

a - J. P. VALABREGA : le corps et le fantasme..... 5
b - En passant par l'hystérique..... 6
c - Symptôme corps et notion d'investissement..... 6
d - Du fantasme en mythe..... 7
e - Structure psycho somatique et fantasme..... 7
f - Sens, symbole, traduction..... 9
- traduisibilité, intraduisibilité, S. Leclaire..... 10
- symptôme hystérique et symptôme psychosomatique..... 11
- du sens au signe LACAN..... 13

II - PRESENTATIONS CLINIQUES..... 13

1) Les observations..... 15

VALVULOPATHIES..... 17

a - Observation n°1..... 17
b - Observation n° 2..... 18
c - Observation n° 3..... 20
d - Observation n° 4..... 22
e - Observation n° 5..... 23

CORONAROPATHIES..... 26

1 - Les douleurs précordiales du type angine de poitrine..... 26

a - Observation n° 6..... 26
b - Observation n° 7..... 27
c - Observation n° 8..... 28

2 - L'infarctus du myocarde..... 30

a - Observation n° 9..... 30
b - Observation n° 10..... 31
c - Observation n° 11..... 32
d - Observation n° 12..... 33

TABLEAUX D'ASYSTOLIE..... 35

a - Observation n° 13..... 35
b - Observation n° 14..... 35
c - Observation n° 15..... 37
d - Observation n° 16..... 38
e - Observation n° 17..... 39

2) La collecte des signifiants..... 42

A - Le corps comme contenant..... 42

a - Observation n° 13..... 42
b - Observation n° 14..... 43
c - Observation n° 1..... 44
d - Observation n° 2..... 44
e - Observations 3, 7, coronariens..... 45
f - Collecte générale..... 45

B - Angine-de-poitrine..... 46

a - Observation n° 8..... 46
b - Observation n° 6..... 47
c - Observation n° 7..... 48

d - Collecte générale..... 50

C - Souffle-essoufflement..... 51

a - Observation n° 1..... 51
b - Observation n° 2..... 52
c - Observation n° 3..... 52
d - Observation n° 4..... 54
e - Observation n° 5..... 55
f - Collecte générale..... 57

D - Insuffisance cardio-respiratoire..... 58

a - Observation n° 8..... 58
b - Observation n° 15..... 58
c - Observation n° 16..... 59
d - Observation n° 17..... 59
e - Collecte générale..... 60

E - INFARCTUS..... 61

a - Observation n° 9..... 61
b - Observation n° 10..... 61
c - Observation n° 11..... 62
d - Observation n°12..... 63
e - Collecte générale..... 63

III - DERRIERE LE MIROIR..... 66

a - Le spéculaire..... 66
b - Le non spéculaire..... 69

IV - L'ABOUTISSANT..... 73

1) Situation du travail..... 73
2) G. Raimbault..... 74
3) L'injection de sens..... 76

CONCLUSION..... 80

BIBLIOGRAPHIE..... 82